



Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Graduação em Saúde Coletiva

PATRÍCIA MAGNA DE ARAÚJO

**CARACTERIZAÇÃO DOS ÓBITOS INFANTIS, CUJAS MÃES FORAM
PORTADORAS DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO (ITU) NA GESTAÇÃO,
CEILÂNDIA-DF, 2013**

BRASÍLIA
2014
PATRÍCIA MAGNA DE ARAÚJO

**CARACTERIZAÇÃO DOS ÓBITOS INFANTIS, CUJAS MÃES FORAM
PORTADORAS DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO (ITU) NA GESTAÇÃO,
CEILÂNDIA-DF, 2013**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Ceilândia, da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção de título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Patrícia Maria Fonseca Escalda/ Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia.

Co-orientador: Rony J. Silva/ Comitê de Controle e Prevenção Óbitos Infantis e Fetais, Hospital Regional da Ceilândia-HRC.

BRASÍLIA
2014

PATRÍCIA MAGNA DE ARAÚJO

**CARACTERIZAÇÃO DOS ÓBITOS INFANTIS, CUJAS MÃES FORAM
PORTADORAS DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO (ITU) NA GESTAÇÃO,
CEILÂNDIA-DF, 2013**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Ceilândia, da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção de título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovada em _____ de _____ de _____.

Prof.^a Dr.^a PATRÍCIA MARIA FONSECA ESCALDA
Universidade de Brasília

Prof. Dr. JOSÉ ANTONIO ITURRI DE LA MATA
Universidade de Brasília

Prof. ^a Dr.^a VANESSA RESENDE NOGUEIRA CRUVINEL
Universidade de Brasília

BRASÍLIA
2014

Dedico esse trabalho á todos os envolvidos em coletas de dados referentes à saúde da população. Que são capazes de através de uma pequena informação contribuir para a solução de vários problemas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me guiado por todo caminho até aqui.

Aos meus pais, Maria Lunalva e Pedro Moreira, que sempre foram o meu espelho é refletiram tudo de bom que tenho, obrigado pelos carros e alto-falantes vendidos para custear toda a minha educação, pelas horas de sono perdido para estarem ao meu lado, pelos conselhos e palavras nas horas certas que eu precisava.

A Flávia, o Kleber e o Rômulo, que me apoiaram desde o início, obrigado Kleber pelos “cascudos” toda vez que eu errava uma questão, ao meu primo Weliton pelos ensinamentos de português, isso contribuiu para que eu nunca desistisse dos meus sonhos, obrigado por cuidarem dos meus filhos sei que sempre fizeram isso com muita dedicação e carinho.

Ao meu marido Paulo César um homem incrível, amoroso e que sempre esteve ao meu lado, te agradeço pela paciência e dedicação durante todos esses anos. Por sempre estar ao lado dos nossos filhos durante a minha ausência, sem esse apoio seria impossível ter chegado até aqui. Aos meus filhos Izabela e Júlio César por me ensinarem o verdadeiro significado de amor, pelos beijos e consolo nos momentos de cansaço.

A todos familiares que contribuíram com essa conquista, aos colegas de trabalho pelo apoio durante essa jornada, em especial a Ana Cristina e a Ana Inês, por acreditarem que eu seria capaz.

Aos meus amigos de graduação, aqui fica muito difícil citar nomes, pois cada um teve a sua importância e fizeram parte de momentos inesquecíveis, não tenho palavras para agradecer. Aos meus amigos Leonardo Passeri, Jéssica Lopes, Maíra Ramos e Ludimila Silva por terem me apoiado incondicionalmente nessa reta final.

A minha querida orientadora Patrícia Escalda, pela paciência e horas dedicadas à realização desse trabalho. Ao meu co-orientador Rony Silva, que engrandeceu esse trabalho com a sua vasta experiência e dedicação no trabalho do Comitê, um exemplo de profissional a seguir.

E a todo corpo docente da UnB - FCE, e em especial à banca examinadora professor José Antonio Iturri e professora Vanessa Cruvinel por fazerem parte da banca examinadora e contribuírem para o aperfeiçoamento desse trabalho e da minha formação acadêmica.

***“Não sou do tamanho da minha altura,
mas da estatura daquilo que posso
ver.”***

Fernando pessoa

***“Quando o homem compreende a sua
realidade, pode levantar hipóteses
sobre o desafio dessa realidade e
procurar soluções. Assim, pode
transformá-la e o seu trabalho pode
criar um mundo próprio, seu Eu e as
suas circunstâncias.”***

Paulo Freire

RESUMO

A mortalidade infantil tem sido considerada um importante indicador da situação de saúde e da qualidade das ações de saúde de uma população, devido à vulnerabilidade de menores de um ano à sobrevivência. A mortalidade infantil nas ultimas décadas teve uma grande redução em todo o país o que pode ser explicado pelas mudanças ocorridas nas condições de saúde no Brasil. A redução das doenças infecciosas e parasitárias, melhoria da qualidade de vida e queda da fecundidade, aliadas aos avanços tecnológicos tiveram grande impacto sobre a mortalidade e a morbidade na infância. Essa redução da mortalidade infantil não correspondeu ao período neonatal, que passou a ser responsável pela maioria dos óbitos infantis. Nos países em desenvolvimento os fatores relacionados às afecções perinatais estão diretamente relacionadas com os altos índices de mortalidade infantil. Entre os fatores relacionados às causas de afecções perinatais está a Infecção do Trato Urinário (ITU) da gestante. É nessa perspectiva que esta pesquisa teve como objetivo caracterizar os óbitos infantis, em menores de um ano cujas mães foram portadoras de ITU. A pesquisa caracteriza-se por um estudo descritivo e retrospectivo no HRC/Regional de Saúde de Ceilândia/DF, junto ao Comitê de Prevenção e Controle dos Óbitos Infantis Fetais (CPCOIF) responsáveis pela investigação desses óbitos. As fontes de coleta de dados foram a declaração de óbito, as fichas de investigação do óbito infantil utilizada pelo CPCOIF e o prontuário eletrônico (TRAKCARE). As variáveis estudadas foram epidemiológicas, sociais e demográficas. O período estudado foi o ano 2013. O processamento de dados ocorreu no *software* EPINFO/OMS e SPSS-versão 19 para a realização de uma análise descritiva univariada. Os resultados mostraram um Coeficiente de Mortalidade Infantil de 17/1000 NV no ano de 2013 na Ceilândia/DF, 38% (n=37) das mães que perderam seus filhos apresentaram ITU, a prematuridade este presente em 67,5% (n= 72) dos óbitos e 72% (n= 89) apresentaram baixo peso ao nascer. Com os resultados encontrados no estudo ficou notório a magnitude das mortes neonatais preveníveis, da prematuridade, do baixo peso ao nascer, da falta de acompanhamento do pré-natal e da alta incidência da ITU, que dentro do grupo das afecções perinatais, chama a atenção para a complexidade do quadro epidemiológico da mortalidade infantil.

Palavras-chave: mortalidade infantil; afecções perinatais; vigilância epidemiológica.

ABSTRACT

The child mortality rates have been considered an important indicator of health quality and the quality of the health care actions in a population, due to the vulnerability of children under one year of survival. In the last decades the child mortality rates dropped all over the country which can be explained by the changes that took place in Brazil's health condition. Reduction of infectious and parasitic diseases, improvements on life quality and low birth rates, allied with technological advances have taken a huge impact on mortality and morbidity on children. This change in child mortality rates did not corresponded to the neonatal period, which became responsible for most child deaths. In developing countries the factors related to perinatal conditions are directly related with high child mortality rates. Among the factors related to perinatal conditions there is the urinary tract infection (UTI) on pregnant. It is by this point of view that this research has the objective of characterize child deaths, in one year minors with which the mothers were UTI carriers. The research characterize itself by a descriptive and retrospective study in the HRC/Regional of health in Ceilândia/DF, with the committee of fetal child deaths control and prevention (CFCDCP) responsible for the investigation of these deaths. The data collection fonts were the death declaration, the child death investigation files used by the CFCDCP and the eletronic records (TRAKCARE). The studied variables were epidemiological, social and demographic. The studied period was the year of 2013. The dada processing was peformed by the the software EPINFO/OMS and SPSS-version 19 to the realization of and univariate descriptive analysis. The results show a CMI of 17/1000 NV on the year of 2013 on Ceilândia/DF, 38% (n=37) of the mothers that lost their children presented UTI, the prematurity is present in 67,5% (n=72) of deaths and 72%(n= 89) presented low weight at birth. With the result found in the study its notorious the magnitude of preventable neonatal deaths, of prematurity, of low weight at birth, of the lack of prenatal accompaniment and the high incidence of UTI, that inside the group of perinatal conditions, draws attention to the complexity of the child death epidemiological picture.

Keywords: child death rates; perinatal conditions; epidemiological vigilance

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS - Agentes Comunitários de saúde
CID - Classificação Internacional de Doenças
CMI - Coeficiente de Mortalidade Infantil
CPCOIF- Comitê de Prevenção e Controle do Óbito Infantil e Fetal
DF - Distrito Federal
DNV- Declaração de Nascido Vivo
DO - Declaração de Óbito
ECA - Estatuto da Criança e Adolescente
ESF - Estratégia Saúde da Família
HMIB - Hospital Materno e Infantil
HRC - Hospital Regional de Ceilândia
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IML- Institutos Médicos Legais
ITU- Infecção Do Trato Urinário
MS- Ministério da Saúde
NV - Nascidos Vivos
OMS - organização mundial da saúde
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISC - Programa Assistência Integral à Saúde da Criança
PHPN - Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PNAB - Política Nacional da Atenção Básica
PNIAM - Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
PSF - Programa Saúde da Família
RAS - Redes de Atenção a Saúde
RN - Recém Nascido
SEADE - Sistema Estadual de Análise de Dados de São Paulo
SES - Secretaria de Estado de Saúde
SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINASC- Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SUS - Sistema Único de Saúde
SVO - Serviços de Verificação de Óbitos

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Marcos Históricos na Atenção à Saúde Materna Infantil	33
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição dos óbitos infantis em frequência absoluta e relativa, segundo variáveis selecionadas, Ceilândia/DF, 2013.....	37
Tabela 1. Distribuição dos óbitos infantis em frequência absoluta e relativa, segundo variáveis selecionadas, Ceilândia/DF, 2013 (continuação)	38
Tabela 2. Distribuição dos óbitos infantis em frequência absoluta e relativa, segundo variáveis selecionadas, cujas mães tiveram ITU Ceilândia/DF, 2013	39
Tabela 2. Distribuição dos óbitos infantis em frequência absoluta e relativa, segundo variáveis selecionadas, cujas mães tiveram ITU Ceilândia/DF, 2013 (continuação).	40

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. JUSTIFICATIVA	18
3. OBJETIVOS	19
3.1 OBJETIVO GERAL	19
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
4. REFERENCIAL TEÓRICO	20
4.1 A MORTALIDADE INFANTIL COMO UM INDICADOR DE QUALIDADE DE VIDA E DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE	20
4.2 O CÔMITE DE PREVENÇÃO DO OBITO INTANTIL E FETAL (CPCOIF) COMO ATOR CENTRAL NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE DA MORTALIDADE INFANTIL	23
4.3 O USO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE DA MORTALIDADE INFANTIL	24
4.4 A INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO (ITU) E A SUA RELAÇÃO COM A MORTALIDADE INFANTIL	27
4.5 AS ESTRATÉGIAS DA ASSISTÊNCIA A SAÚDE MATERNA INFANTIL NA REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL NO BRASIL	28
5. METODOLOGIA	35
5.1 TIPO DO ESTUDO	35
5.2 LOCAL DO ESTUDO	35
5.3 PERÍODO DO ESTUDO	35
5.4 FONTE DE DADOS	35
5.5 VARIÁVEIS SELECIONADAS	36
3.25.6 ANÁLISE DAS VARIÁVEIS	36
3.35.7 ASPECTOS ÉTICOS	37
6. RESULTADOS	38
7. DISCUSSÃO	43
3.47.1 PERFIL GERAL DA MORTALIDADE INFANTIL DA REGIONAL DE SAÚDE DA CEILÂNDIA/DF	43
3.57.2 DESCRIÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL, CUJAS MÃES TIVERAM ITU, DA REGIONAL DE SAÚDE DA CEILÂNDIA/DF	46
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	50

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
ANEXOS	62
ANEXO I.....	62
ANEXO II.....	66
ANEXO III.....	71

1. INTRODUÇÃO

Uma das atividades centrais em saúde pública é a busca por medidas do estado de saúde da população, tendo seu início através do registro de dados de mortalidade e de sobrevivência. Esses dados disponibilizam informações essenciais para uma análise objetiva da situação sanitária (BRASIL, 2008).

Nessa perspectiva, surgem os indicadores de saúde que representam medidas que se traduzem em informações, sobre determinados aspectos e dimensões do estado de saúde de uma população (FARIA; BERTOLOZZI, 2010; LIMA et al., 2003).

Segundo Medronho (2009, p.35) “os indicadores de saúde foram desenvolvidos para facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas com tal finalidade”. Em termos gerais, os indicadores são medidas que contém informações relevantes sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde. Ainda segundo Medronho (2009, p.35) “A construção de um indicador é um processo cuja complexidade pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados, como a esperança de vida ao nascer”.

Dentre os indicadores presentes no campo da saúde, um dos mais utilizados na caracterização do estado de saúde de uma população é o Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI), que estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida e reflete as condições de desenvolvimento sócio econômicos, infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e à população infantil (PAIM et al., 2011).

A mortalidade infantil também é expressa por componente cuja composição é diferenciada entre os subgrupos de idade, nomeados como: CMI (número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado); Coeficiente de Mortalidade Neonatal (período que começa no nascimento e termina com 28 dias completos); Coeficiente de Mortalidade Neonatal Precoce (número de óbitos de crianças que

ocorrem nos primeiros 7 dias de vida); Coeficiente de Mortalidade Neonatal Tardia (número de óbitos de crianças de 7 a 28 dias de vida completos); Coeficiente de Mortalidade Pós-Neonatal (número de óbitos de crianças de 28 a 364 dias de vida completos) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

Essa divisão entre subgrupos tem por finalidade poder analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade infantil, identificando tendências e situações de desigualdade que demandem estudos específicos que auxiliem nos processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a atenção pré-natal e ao parto, bem como para a proteção da saúde infantil (BRASIL, 2009).

O Brasil nos últimos anos vem apresentando uma mudança no perfil da mortalidade infantil, onde os óbitos estão se concentrando no período neonatal precoce. No país, em 2011, 25% dos óbitos infantis em menores de um ano aconteceram nas primeiras 24 horas de vida. O componente neonatal precoce vem aumentando a sua importância, passando de 50% dos óbitos infantis em 2000 no Brasil, para 53% em 2010, considerando o período neonatal precoce e tardio, essa proporção em 2010 se eleva a 69% (MARANHÃO et al., 2012).

Grande parte da mortalidade no período neonatal tem direta relação com a assistência à saúde materna podendo ser causada por afecções originadas no período perinatal¹. A Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Revisão (CID-10) estima o risco de um nascido vivo morrer durante o seu primeiro ano de vida, em decorrência de afecções originadas no período perinatal que são classificadas nos códigos P00-P96 (Capítulo XVI). Elevadas taxas de mortalidade por afecções perinatais refletem, de maneira geral, baixos níveis de saúde e insatisfatórias condições assistenciais à mãe e ao recém-nascido (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008; REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2008).

São vários os fatores envolvidos nas afecções perinatais, dentre eles encontra-se as afecções maternas, como a Hipertensão, a Diabetes e Infecção Do Trato Urinário (ITU) materno. A ITU pode ser considerada uma relevante complicação do período gestacional, agravando tanto o prognóstico materno quanto

¹Período perinatal começa em 22 semanas completas de gestação (época em que o peso de nascimento é normalmente de 500g), e termina com sete dias completos após o nascimento.

o infantil. Preocupação adicional para o Sistema Único de Saúde (SUS) e para os profissionais responsáveis pela atenção pré-natal destas mulheres, além da incidência aumentada de infecções sintomáticas entre grávidas, pois justamente neste período, o arsenal terapêutico antimicrobiano e as possibilidades profiláticas são restritas, considerando-se a toxicidade de alguns fármacos para o produto conceptual (embrião/feto e placenta) (DUARTE et al., 2008).

O Ministério da Saúde preconiza que após a confirmação da gestação de baixo risco o atendimento à gestante deve ser realizado pela Equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) mais próxima da residência da mesma, que haja consultas alternadas com médico e enfermeiro, preconizando o mínimo de 6 consultas de pré-natal, e que haja monitoramento dos retornos. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) devem realizar visitas domiciliares mensais, identificar e informar para a gestante o hospital de emergência de baixo risco para o parto. Nesse período de acompanhamento da gestante, os exames laboratoriais são recomendados no 1º, 2º e 3º trimestre da gestação, incluído urina do tipo I e urocultura para um acompanhamento mais detalhado do risco ou apresentação de ITU. Já em caso de ITU de repetição ou refratária ao tratamento, após ajuste da medicação com o resultado do antibiograma, é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco (BRASIL, 2012a).

No âmbito da assistência à saúde, o Brasil evoluiu de um sistema múltiplo para um sistema unificado, o SUS, estabelecendo profundas modificações nas políticas de saúde. Durante a sua implementação, o Ministério da Saúde (MS) formulou um conjunto de programas e políticas com forte potencial de atuação na redução da mortalidade infantil, destacando-se, entre eles, a ESF, como parte integrante da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e mais recentemente, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e o projeto Rede Cegonha. Esses programas e políticas dão subsídio a assistência materna e infantil no país. A redução da mortalidade infantil também é um dos objetivos do Desenvolvimento do Milênio e do Pacto pela Vida (PAIM et al., 2011).

Foram instituídos também os Comitês de Prevenção e Controle do Óbito Infantil e Fetal (CPCOIF) para avaliar as circunstâncias de ocorrência dos óbitos infantis e fetais e propor medidas que melhore a qualidade da assistência à saúde infantil e demais ações que visem à redução dos óbitos (BRASIL, 2009).

Considerando que as informações coletadas pelo CPCOIF podem aprimorar o conhecimento sobre as causalidades da mortalidade infantil e as suas relações com as afecções maternas e perinatais, esse estudo buscou junto ao CPCOIF de Ceilândia-DF, caracterizar os óbitos infantis, cujas mães tiveram ITU na gestação com objetivo de descrever a relação entre essas duas variáveis.

2. JUSTIFICATIVA

A redução da mortalidade infantil faz parte das Metas do Milênio, um compromisso das Nações Unidas para o alcance de patamares mais dignos de vida para a população mundial. Mesmo com tantos avanços para a diminuição desse indicador, a mortalidade infantil, ou mais especificamente a mortalidade neonatal, vem trazendo uma grande preocupação para o sistema de saúde, pois desde os anos 90 teve um aumento significativo chegando a 80% dos óbitos infantis e 48,5% das mortes de menores de 5 anos (BRASIL, 2013).

As principais causas de óbitos segundo a literatura deixaram de ser a diarreia e a desnutrição e passaram a ser prematuridade², a malformação congênita, a asfixia intraparto, as infecções perinatais e os fatores maternos, com uma proporção considerável de mortes preveníveis por ação dos serviços de saúde (LANSK, 2014).

Os aumentos nos casos de óbitos perinatais podem estar relacionados diretamente com a assistência na gestação, decorrentes de afecções maternas e determinantes sociais envolvidos na assistência ao recém-nascido. Dentre as afecções maternas encontra-se a ITU, uma relevante complicação do período gestacional, que agrava tanto o prognóstico materno quanto o perinatal. Esta é a terceira intercorrência clínica mais comum na gestação. A ITU se torna preocupante, pois pode levar ao parto prematuro do bebê e a internação da gestante (MONTEIRO; SCHMITZ, 2004).

São vários os fatores envolvidos no contexto das condições de saúde materna/infantil e na assistência voltada a esse público. Estudos considerando o nível local podem auxiliar na compreensão da problemática de cada comunidade e contribuir para subsidiar ações de planejamento local em saúde pública, com o intuito de atuação específica que leve a um maior impacto na redução do CMI (MONTEIRO; SCHMITZ, 2004).

Ponderando a mudança no perfil das causalidades da mortalidade infantil nas últimas décadas, e que as afecções maternas assim como a assistência prestada as gestantes, apresentam uma relação direta com a mudança desse perfil, torna-se

² Prematuridade: Nascidos com menos de 37 semanas de gestação (BRASIL, 2009; FRANÇA, 2008).

fundamental a busca da real magnitude da mortalidade infantil e as suas relações com as afecções maternas como a ITU.

3. OBJETIVOS

3.63.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar os óbitos infantis, cujas mães foram portadoras de Infecção do Trato Urinário – ITU na gestação.

3.7 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Descrever o perfil da mortalidade infantil na Regional de Saúde da Ceilândia/DF.
- ✓ Descrever os óbitos infantis cujas mães foram portadoras de ITU.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

3.84.1 A MORTALIDADE INFANTIL COMO UM INDICADOR DE QUALIDADE DE VIDA E DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

O CMI é considerado um indicador não só da saúde infantil, mas, também, do nível de desenvolvimento de uma sociedade. Ele estima o risco de um recém-nascido morrer antes de completar um ano de vida, exprimindo a capacidade de uma comunidade suprir as necessidades de alimentação, moradia e saúde de seus recém-nascidos (ALMEIDA; SZWARCOWALD, 2012).

Os fatores determinantes da mortalidade infantil e da sobrevivência infantil são alvo de preocupação entre a comunidade científica brasileira e internacional. Organizações e instituições governamentais e não governamentais reconhecem como desafiadora a luta pela manutenção de coeficientes cada vez menores desse indicador (SILVA et al., 2006).

Em um estudo realizado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância, - UNICEF, em 2011 mostrou que mundialmente, existem grandes diferenças dos valores do CMI, países menos desenvolvidos alcançaram valores acima de 100 óbitos infantis a cada 1000 nascidos vivos (NV) em 2009, como é o caso de Afeganistão, República Democrática do Congo, Chade, Serra Leoa e Guiné Bissau, situados na África e Oriente Médio. Destaca-se que nesses países há uma alta prevalência de HIV/AIDS e a situação de conflito e pós-conflito. Já em países como Reino Unido, França, Estados Unidos e Japão, a taxa alcançada foi de 2/1000 NV graças aos investimentos nas áreas sociais desenvolvidas ao longo de vários séculos, com melhoria significativa das condições de vida (Fundo das Nações Unidas para a Infância, 2013a). Nos países subdesenvolvidos a redução ocorreu mais tardiamente, a partir do século XX, e é creditada mais às políticas sociais desenvolvidas pelos governos do que propriamente à melhoria no padrão de vida da população (FRIAS; NAVARRO, 2013).

Nas duas últimas décadas, o Brasil vem experimentando uma mudança importante na condição de saúde da população infantil. Ainda que persistam as desigualdades regionais, houve uma redução nos óbitos em crianças menores de 1 ano de vida em todo o país.

Segundo Almeida e Szwarcwald (2012):

Mudanças ocorridas nas condições de saúde em meados do século XX tiveram grande impacto sobre a mortalidade e a morbidade na infância, como por exemplo, a redução das doenças infecciosas e parasitárias, melhoria da qualidade de vida e queda da fecundidade, aliadas aos avanços tecnológicos.

Essa redução resultou na relevância dos problemas perinatais, que passaram a ser responsáveis pela maioria dos óbitos infantis (ALMEIDA; SZWARC WALD, 2012).

A partir de um estudo publicado pelo Ministério da Saúde que avaliou as tendências, componentes e causas da mortalidade infantil no Brasil no período de 2000 a 2010, verifica-se que o CMI vem apresentando uma queda em todas as regiões brasileiras, passando de 26,6/1000 NV em 2000 para 16,2/1000 NV em 2010, representando uma redução de 39% (MARANHÃO et al., 2012).

Segundo Lansky et al. (2014), a taxa de mortalidade neonatal no Brasil foi de 11,1/1000 NV em 2012, com relação aos grupos de causa de morte neonatal a prematuridade acometeu cerca de 1/3 dos casos, seguido pela malformação congênita 22,8%%, infecções 18,5%%, fatores maternos 10,4% e asfixia/hipóxia 7%. As regiões Norte e Nordeste são as que apresentam maiores Coeficientes Neonatais, 22,3/1000 NV e 14,5/100 NV respectivamente, seguidas pela região Sudeste 8/1000 NV, Centro-Oeste 8,4/1000 NV e a menor no Sul 6,2/1000 NV.

No Distrito Federal, em 2011 o CMI foi de 11,5/1000 NV e em 2012 foi de 11,7/ 1000 NV. Considerando a distribuição dos 507 óbitos infantis por idade no DF em 2012, 52,5% (n= 266) ocorreram no período neonatal precoce, 20,5% (n= 105) no neonatal tardio e 27% (n=137) no período pós-neonatal. Algumas regiões do DF já apresentam CMI abaixo de 10/1000 NV em 2012, o Setor de Indústria e Abastecimento e Cruzeiro não registraram nenhum óbito infantil em 2012. As regionais de saúde com melhores indicadores são a Norte, que registrou 6/1000 NV em 2012, seguida por Brazlândia com 8/1000 NV, a Regional Sul com 8,5/1000 NV e a do Paranoá com 8,6/1000 NV. A regional de Ceilândia apresentou uma mortalidade infantil de 15,2/1000 NV em 2012, sendo 64,5% (n=60) dos óbitos no

período perinatal (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2012).

Enquanto a mortalidade infantil é reconhecidamente um indicador da condição de vida e de saúde de uma população, a “mortalidade perinatal é considerada um indicador sensível da adequação da assistência obstétrica e neonatal e do impacto de programas de intervenção nesta área, pela relação estreita que guarda com a assistência prestada à gestante e ao recém-nascido” (LANSKY, 2002, p.706). Lansky, França e Leal (2002) descrevem que a mortalidade infantil está vinculada a causas preveníveis, relativas ao acesso e à utilização dos serviços de saúde e, que no Brasil, predominam estudos sobre a evitabilidade do óbito neonatal e poucos estudos foram realizados abordando a evitabilidade do óbito perinatal.

Entre as causas de mortalidade perinatal no Brasil, prevalecem a asfixia intrauterina e intraparto, o baixo peso ao nascer, as afecções respiratórias do recém-nascido, as infecções e a prematuridade, diferentemente dos países desenvolvidos, onde a mortes com maiores números são as que apresentam dificuldade de prevenção, como a prematuridade extrema e as malformações congênitas (LANSKY; FRANÇA; LEAL, 2002).

3.94.2 O CÔMITE DE PREVENÇÃO DO ÓBITO INFANTIL E FETAL (CPCOIF) COMO ATOR CENTRAL NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE DA MORTALIDADE INFANTIL

Um dos objetivos do Sistema Único de Saúde - SUS estabelecido pela Lei nº 8.080 de 19.09.90 e a vigilância epidemiológica definida como:

Um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (BRASIL, 1990).

Como parte integrante desse conjunto de ações foi estabelecido algumas portarias delegando as funções e atribuições sobre a investigação do óbito infantil é fetal no Brasil.

Através da portaria Nº 72 de 11.01.2010 do Ministério da Saúde (MS), a investigação do óbito infantil e fetal passou a ser obrigatória nos serviços de saúde (públicos, privados) que integram o SUS (BRASIL, 2010a).

Definido pela Portaria Nº 1.399 de 15.12.1999, a vigilância epidemiológica da mortalidade infantil e materna é uma das atribuições do município, que deve garantir estrutura e equipes compatíveis para exercer tais atividades (BRASIL, 1999).

Segundo a Portaria Nº 1.172 15.06.2004 do MS, compete ao componente municipal do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde a vigilância epidemiológica e o monitoramento da mortalidade infantil e materna, e aos Estados de forma complementar (BRASIL, 2004a).

A coleta de dados, a análise, conclusões e recomendações da vigilância do óbito são atribuições dos responsáveis pela vigilância epidemiológica do município de residência, que deverão observar fluxos e prazos especiais para notificação, investigação e cadastro das informações (BRASIL, 2010b).

Como forma de implementar estratégias para melhor monitoramento dos óbitos fetais e infantis no Brasil foi implementado em meados de 1990 os Comitês de Prevenção Controles do Óbito Infantil e Fetal (CPCOIF), no entanto só em 2004 com a publicação do Manual dos CPCOIF, os comitês passaram a ser uma realidade no país (BRASIL, 2009).

Os CPCOIF são organismos interinstitucionais, de caráter educativo e informativo, com atuação sigilosa. Suas atribuições são dar visibilidade, acompanhar e monitorar os óbitos infantis e fetais e propor intervenções para redução da mortalidade (BRASIL, 2009; BRASIL, 2010b).

O trabalho dos CPCOIF contribui para o aprimoramento das informações sobre a mortalidade infantil possibilitando a melhora na organização da assistência de saúde para redução dos óbitos infantis evitáveis (BRASIL, 2009; VENÂNCIO, 2010).

Os responsáveis pelos comitês devem conhecer os fatores que envolvem a mortalidade infantil, as políticas que dão subsidio a essa temática, bem como distinguir os determinantes envolvidos nesse processo mantendo o envolvimento dos profissionais da assistência com a participação de profissionais da ESF e da Atenção Básica (BRASIL, 2009).

A investigação do óbito procura obter informações referentes à assistência em todos os níveis de atenção desde o atendimento hospitalar a informações colhidas com a família (BRASIL, 2009).

Os documentos básicos para o desencadeamento da investigação são a Declaração de Óbito (DO), a Declaração de Nascido Vivo (DNV) e as fichas de investigação do óbito padronizado pelo MS (BRASIL, 2009).

O CPCOIF insere os dados da investigação do óbito infantil no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) de forma descentralizada e MS é o responsável em compilar as informações e disponibilizá-las por meio do DATASUS (BRASIL, 2001; BRASIL, 2009; FIORIO, 2008).

3.10 4.3 O USO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE DA MORTALIDADE INFANTIL

Para o conhecimento do CMI são usados os dados de mortalidade e nascimento de determinadas regiões, esses dados são gerados através da DNV padronizada pelo MS em 1990 e pela DO a partir de 1976 (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011a).

No Brasil o preenchimento desses documentos auxilia tanto no cumprimento da Lei nº 6.015/1973, a qual dispõe sobre os registros públicos de pessoas físicas e jurídicas, quanto servem para alimentar o SIM e o Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC). O médico é o profissional responsável pelo preenchimento da DO e DNV, com o objetivo de propiciar maior qualidade e segurança das informações registradas sobre o óbito e o nascimento, a fim de garantir que os dados registrados representem de forma mais fidedigna esses eventos. (BRASIL, 1973; BRASIL, 2011a).

Em 1975 com a criação do SIM e do SINASC em 1990, os dados sobre nascimento e morte no Brasil passaram a ser compilados por esses sistemas e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (MENDONÇA, 2010).

O fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde – SIM e SINASC em nível central está regulamentada pela Portaria SVS nº 20, de 3.10.2003 e pela Portaria SVS nº 116, de 11.02.2009 respectivamente (BRASIL, 2003; BRASIL, 2009).

A confecção e distribuição da DO e DNV são de responsabilidade do MS que pode delegar essa função para as Secretarias Estaduais de Saúde, que repassam os documentos para as Secretarias Municipais. As Secretarias Municipais de Saúde são responsáveis pelo fornecimento às Unidades Notificadoras: Estabelecimentos

de Saúde; Institutos Médicos Legais (IML); Serviços de Verificação de Óbitos (SVO); e Cartórios de Registro Civil. Tanto a DO quanto a DNV contém números específicos para melhor identificação e dificultar fraudes (BRASIL, 2003; BRASIL 2008).

Para atender o fluxo de distribuição a DO e DNV são preenchidas em três vias, pois a primeira via é encaminhada para o registro do óbito ou nascimento, a segunda é entregue à família e a terceira permanece na unidade para ser anexada os documentos médicos (BRASIL, 2001).

Nos casos de mortes naturais em local onde não haja médico o cartório de registro civil é quem preenche as três vias da DO, o cartório retém a segunda via para os procedimentos legais e entrega a primeira e a terceira vias ao órgão de processamento da Secretaria de Saúde. No caso de óbito por acidente ou violência o responsável pelo preenchimento e destinação da DO é o IML ou o perito designado ao caso, a primeira via é retida, para posterior recolhimento pelos setores responsáveis pelo processamento, nas secretarias estaduais e/ou municipais de saúde, a segunda é entregue aos familiares para o registro do óbito no cartório e a terceira via permanece retida no IML, para ser vincula aos registros médicos do falecido (BRASIL, 2001).

Com o objetivo de melhorar as informações e ampliar a cobertura dos óbitos, a portaria SVS nº 116, de 11.02.2009, institui além da DO, a Declaração de Óbito Epidemiológica (DOE), o seu preenchimento é necessário quando há o conhecimento tardio do óbito pelo sistema de saúde e não existe a possibilidade da emissão da DO normal (BRASIL, 2011a). A Declaração epidemiológica apresenta algumas características específicas de preenchimento e fluxo, pois a sua emissão é em via única não gera certidão de óbito e o atestado do óbito pode ser dado por qualquer profissional capacitado (BRASIL, 2011a).

Já no caso dos partos domiciliares sem assistência de profissionais de saúde ou parteiras tradicionais, a DNV deverá ser emitida pelo Cartório de Registro Civil, mediante autorização dada em provimento da Corregedoria de Justiça do Estado (BRASIL, 2001; BRASIL, 2009).

Esses documentos padrões que alimentam os sistemas de informações de mortalidade e nascimentos, contém variáveis que apresentam dados sociais, demográficos, epidemiológicos, dentre outros, que acabam dando subsidio ao planejamento, a tomada de decisões e principalmente mostrando as condições de saúde de determinada região (FERRAZ, 2009; MEDEIROS, 2005).

O SIM é uma ferramenta que permite traçar o perfil da mortalidade da população, com isso houve um aumento gradual do interesse pela qualidade das informações devido à importância das mesmas à análise de tendências, indicações de prioridades e planejamento de ações em saúde (FELIX, 2012; SANTOS, 2014).

Segundo Noronha (2012), o uso de sistemas como o SIM vêm apresentando maior cobertura e qualidade das informações, o que permite um maior controle nas causas de mortalidades e a realização de estudos epidemiológicos.

O SINASC além de informações sobre nascimentos ocorridos no ano fornece dados sobre as mães, a gravidez, o parto e o recém-nascido, dando um panorama epidemiológico mais detalhado e espacialmente desagregado das condições de saúde materno-infantil (PEDRAZA, 2012).

No entanto os esforços relacionados à melhoria das informações desses bancos de dados se deparam com o sub-registro seja ele pelo preenchimento incorreto desses documentos ou por perdas de dados durante a transmissão das informações. A sub-notificação de óbitos é muito importante, pois informações sobre o peso ao nascer e a duração da gestação são frequentemente omitidas na DO, comprometendo as estimativas. (FELIX, 2012; PEDRAZA, 2012).

Com a Portaria nº 72 do MS, de 11.01. 2010, a investigação do óbito infantil e fetal passou a ser de caráter obrigatório nos serviços de saúde públicos e privados no Brasil. Essa medida tem por finalidade atingir alguns objetivos como: o cumprimento da meta do milênio da ONU de reduzir a mortalidade infantil em $\frac{3}{4}$, a diminuição de sub-registros e sub-numeração dos óbitos além de proporcionar maior conhecimento dos principais fatores de risco associados à mortalidade infantil e fetal. (BRASIL, 2010a).

3.11 4.4 A INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO (ITU) E A SUA RELAÇÃO COM A MORTALIDADE INFANTIL

São vários os fatores envolvidos no contexto das condições de saúde materna e infantil, dentre eles estão os determinantes sociais, a assistência em saúde materna e infantil, assistência ao parto e as afecções maternas (MONTEIRO; SCHMITZ, 2004). Estudos recentes mostram que entre as afecções maternas mais comuns na gestação estão a Hipertensão Arterial, a Diabetes Mellitus e a ITU que

podem ocasionar a morbimortalidade infantil no período perinatal (DUARTE, 2008; FONSECA, 2010; GONÇALVES et al., 2005).

Segundo Duarte (2008) a ITU é a terceira intercorrência clínica mais comum na gestação no Brasil. Durante a gestação, especificamente, as mulheres passam por uma série de alterações, tanto emocional, física e fisiológica, que as tornam mais vulneráveis a ITU.

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) o Capítulo XVI classifica algumas afecções originadas no período perinatal (P00-P99). É possível classificar se o feto e os Recém-Nascidos (RN) foram afetados por doenças maternas renais e de vias urinárias (P00.1) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

Entre as causas perinatais do óbito infantil no DF em 2012, as complicações maternas na gravidez são a principal causa, onde a ITU é a segunda complicação mais frequente, estando seguida apenas da hipertensão arterial materna (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2012).

Conforme Soares et al. (2006) ITU se caracteriza pela presença de micro-organismos na urina e os patógenos mais comuns são as bactérias. A infecção pode comprometer somente o trato urinário baixo, o que especifica o diagnóstico de cistite, ou afetar simultaneamente o trato urinário inferior e o superior, denominada infecção urinária alta ou pielonefrite (FIGUEIRÓ-FILHO et al., 2009).

O sexo feminino é o mais acometido pela ITU, devido à mulher ter uma uretra mais curta, na vida adulta cerca de 48% das mulheres no Brasil, já apresentaram um episódio de infecção e a *Escherichia coli* é o uropatógeno mais comum, responsável por aproximadamente 80% dos casos (BARROS, 2008). Isso é devido à proximidade do canal da uretra com região anal o que facilita a contaminação da bexiga por bactérias da região perianal (SOARES et al., 2006).

Segundo Barros (2013) a infecção urinária em gestantes é ainda mais preocupante quando assintomática, pois, justamente por passar despercebida, essa condição pode levar ao parto prematuro do bebê e em internação da gestante.

Figueiró-Filho et al. (2009) caracteriza a ITU em sintomática e assintomática. A assintomática está presente quando a paciente não apresenta sinais, sintomas e queixas de infecção urinária, embora tenha urocultura positiva, e a sintomática mostra-se clinicamente pela presença habitual de disúria, urgência miccional, polaciúria, nictúria e dor suprapúbica (PAGNONCELI et al., 2010).

Em uma pesquisa realizada no Município de Marechal Cândido Rondon – PR, Pagnonceli et al. (2010) descrevem que das 19 gestantes com amostras positivas para infecção urinária, apenas 16% (n=3) delas relataram antes da realização do exame, que apresentavam sinais e sintomas que indicassem uma infecção urinária. Isto é preocupante, pois devido a gestante não sentir manifestações que indiquem infecção, este problema pode passar despercebido, e conseqüentemente levar ao parto prematuro do bebê. (JACOCIUNAS; PICOLI, 2007).

Hackenhaar e Albernaz (2013) encontraram associação entre internação hospitalar por ITU da gestante e a ocorrência da ameaça de trabalho de parto pré-termo, em um estudo realizado no Rio Grande do Sul - RS. A explicação para essa associação é que a liberação de mediadores dos processos inflamatórios da ITU desencadeia as contrações podendo levar à um parto prematuro. Segundo Araújo et al. (2013), a prematuridade é a principal causa de mortalidade infantil e de algumas importantes morbidades como as neurocognitivas e pulmonares. O autor também descreve a associação de hipertensão e infecções maternas com o nascimento prematuro.

Na literatura, tanto as mortes infantis relacionadas com as afecções perinatais, como a ITU, apresentam relações diretas com a assistência à saúde prestada durante a gravidez e após o parto (LANSKY; FRANÇA; LEAL, 2002; BARROS, 2013).

3.12 4.5 AS ESTRATÉGIAS DA ASSISTÊNCIA A SAÚDE MATERNA INFANTIL NA REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL NO BRASIL

A partir do Relatório Lalonde (1974) foi estabelecido importante movimento de convergência na conformação de um novo paradigma formalizado na Conferência de Alma-Ata (1978) que propôs um novo conceito de saúde, pois além dos aspectos biológicos devem ser considerados determinantes biológicos, psicológicos, socioeconômicos, educacionais, culturais, políticos e ambientais. Trata-se de uma concepção sócio-político-ambiental, abordada pela Promoção da Saúde e que tem como alicerce a atenção básica como uma das formas a co-responsabilidade participação individual e coletiva do planejamento e ações intersetoriais. (BRASIL, 2002).

No Brasil, após a Promulgação da Constituição de 1988, art. 196, todo brasileiro tem direito à saúde desde a promoção, proteção, recuperação até a reabilitação, sendo um dever do estado essa assistência. Desde então, o Brasil passou por uma reforma sanitária na qual resultou na criação do SUS, que tem como objetivo promover uma atenção abrangente e universal, preventiva e curativa, por meio da gestão e prestação descentralizadas de serviços de saúde, promovendo a participação da comunidade em todos os níveis de governo (BRASIL, 2008; PAIM, 2011).

Em decorrência disso o Estado passou a ser responsável pelos cuidados de toda a população não estando estruturado de maneira correta para tal finalidade. Uma vez que o modelo atual não suportaria toda esta carga, demandou-se a formulação de vários programas e políticas para suprir a necessidade de atendimento à saúde materna/infantil, como o Programa Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) e o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), criado na década de 80 esse programa estabelecia ações básicas como resposta do setor saúde aos agravos mais frequentes e de maior peso na mortalidade de crianças de 0 a 5 anos (FIGUEIREDO; MELLO, 2007; MENDES, 2011).

Em 1990 através da Lei nº 8.069, de 13.06.1990 e deliberado o Estatuto da Criança e Adolescente – ECA que estabelece ser dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária da criança (BRASIL, 1990b).

Como resposta á essa demanda, o Ministério da Saúde em 1994 criou o Programa de Saúde da Família (PSF) buscando mudar o modelo de atenção á saúde no Brasil, sendo uma estratégia que envolve a comunidade, por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e coloca as equipes multiprofissionais mais perto dos domicílios, das famílias e das comunidades para buscar a real necessidade da população (FERNANDES, 2004).

Baseado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto, buscou-se concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal e adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do

acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal (BRASIL, 2000a).

Nesse contexto em 2000, o Ministério da Saúde implantou o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) dando ênfase aos procedimentos clínicos e laboratoriais no qual a gestante deve receber durante o pré-natal, enfocando também a identificação de situações de risco que requerem a busca imediata de cuidados clínicos, para o subsidio da atenção à gestante (MENDOZA-SASSI et al., 2011).

Segundo a Portaria nº 569 do MS, de 01.06. 2000:

O PHPN é executado de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, municípios e do Distrito Federal e tem por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Lançado em 2002 pelo MS o Caderno de Atenção Básica - Saúde da Criança: Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil enfatiza a adoção de medidas para o crescimento e desenvolvimento saudáveis da criança, enfocando a garantia de direito da população e cumprimento de dever do Estado (BRASIL, 2009). O Ministério da Saúde também colocou os cuidados com a saúde infantil entre suas ações essenciais, enfatizando o cuidado integral e multiprofissional através da agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil em 2004 (BRASIL, 2004a).

Em 2006, por meio da portaria nº 399 MS, de 22.02.2006 é divulgado o pacto pela vida com a aprovação das diretrizes operacionais, buscando a consolidação do SUS através dos Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão do SUS (BRASIL, 2006b).

O Pacto pela Vida corresponde à definição de prioridades, que se traduzem em objetivos e metas de melhoria das condições de saúde da população, a serem acordadas pelas três esferas de governo (LIMA et al., 2012).

Por meio da portaria nº 325 MS, de 02.02.2008 foi estabelecido os objetivos e metas prioritárias do Pacto pela Vida, reforçando no SUS a mudança da gestão pública que institui a busca por resultados de forma a garantir o alcance das metas

pactuadas como a redução da mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2008b; LIMA et al., 2012).

O Pacto pela Vida contém os seguintes objetivos e metas prioritárias: (BRASIL, 2008b)

- Atenção à saúde do idoso;
- Controle do câncer de colo de útero e de mama;
- **Redução da mortalidade infantil e materna (grifo nosso);**
- Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, AIDS;
- Promoção da saúde;
- Fortalecimento da atenção básica;
- Saúde do trabalhador;
- Saúde mental.

Não somente com objetivo de fazer cumprir o Pacto pela saúde como também melhor a fragmentação da assistência foi pensado uma nova forma de estruturação das Redes de Atenção a Saúde (RAS) que segundo Mendes (2011) “não são simplesmente, um arranjo poliárquico entre diferentes atores dotados de certa autonomia, mas um sistema que busca, deliberadamente, no plano de sua institucionalidade, aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter-relações”.

As RAS foram estabelecidas através da Portaria nº 4.279 MS, de 30.12.2010 com o objetivo gerar a integração entre as ações e serviços de saúde, oferecendo uma atenção contínua e integral, dando ênfase na humanização do atendimento, buscando a qualidade no acesso, a equidade e a eficiência econômica do Sistema de Saúde (BRASIL, 2010a).

Visando implementar uma rede de cuidados para às mulheres e crianças com um acompanhamento desde o planejamento reprodutivo, do parto até o puerpério, dando direito às crianças ao nascimento seguro e o crescimento e desenvolvimento saudáveis, tudo de forma humanizada foi criada a Rede Cegonha por meio da Portaria nº 1.459 MS, de 24.06.2011 (BRASIL, 2011c).

A Rede Cegonha prioriza ações para a melhoria do acesso e da qualidade da assistência à mulher e à criança, “por meio da vinculação da gestante à unidade de referência para o parto, à implementação de boas práticas na atenção ao parto, ao

nascimento e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses”, buscando a redução da mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011c; CAVALCANTI et al., 2013).

Em 2011 com a aprovação da Política Nacional de Atenção (PNAB), pela portaria nº 2.488 MS, de 21.10.2011 a atenção básica passa a ser a coordenadora do cuidado e ordenadora do acesso das gestantes e das crianças aos demais pontos de atenção, através do pré-natal e do acolhimento pelo ESF de forma mais territorializada³ (BRASIL, 2012b; SILVA, 2011).

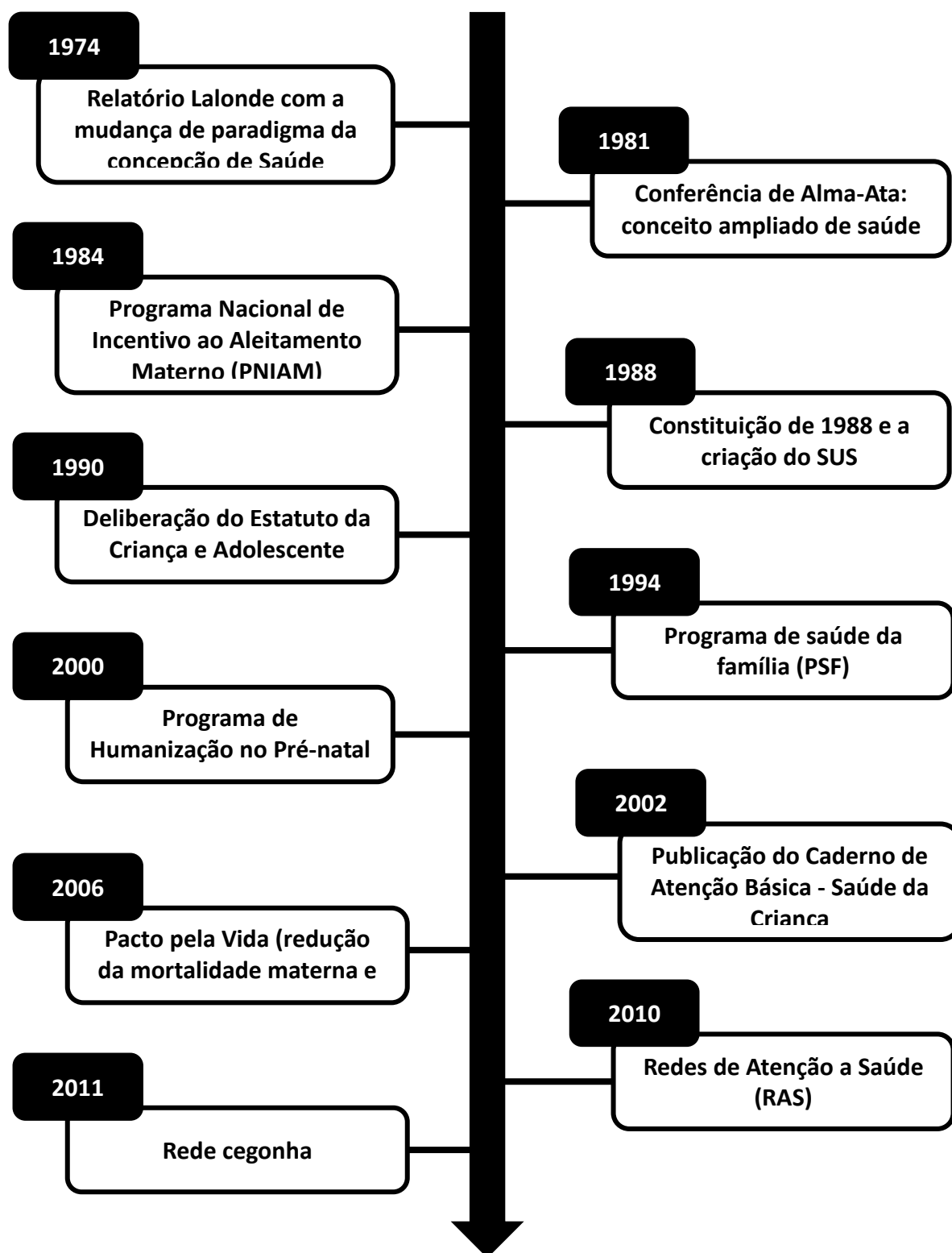
Estudos demonstraram relação entre o aumento da cobertura populacional pelo ESF e a redução da taxa de mortalidade infantil na maioria das unidades da Federação brasileira, despontando a efetividade desse programa (CECCON, 2014).

Deste modo, como visto, no contexto brasileiro vem sendo implementadas várias iniciativas, como o desenvolvimento de programas e políticas, no âmbito da atenção à saúde materna e infantil, visando a redução da mortalidade infantil. Entretanto, o que vem sendo discutido não é apenas a efetividade dessas ferramentas, mas sim de que forma está arquitetado o SUS, que apresenta uma atenção á saúde de forma verticalizada. Acredita-se que com as novas propostas de atenção á saúde materna e infantil como a Rede Cegonha seja possível um atendimento horizontal e com um forte sistema de referência e contra-referência iniciando pela atenção básica, onde a gestante tenha um acompanhamento na gestação, parto e puerpério, e a criança desde o nascimento até a vida adulta (MENDES, 2011).

A seguir está apresentada uma representação gráfica, do resumo dos alguns dos principais marcos históricos na atenção à saúde materna infantil descritos anteriormente (figura 1).

³ Território aqui desenvolvido vai além do aspecto geográfico, é mais do que uma região; ele envolve também práticas sociais, políticas e técnicas, culturais, em que surgem permanentemente informações, transformações e modernizações (PAGANI et al., 2012).

Figura 1. Marcos Históricos da Atenção à Saúde Materna Infantil no Brasil



Fonte: Elaboração Própria

5. METODOLOGIA

3.13 5.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo é do tipo descritivo e retrospectivo que se baseia em identificar a distribuição das condições relacionadas á saúde, segundo o tempo, o lugar e as características dos indivíduos (LIMA et al., 2003).

3.14 5.2 LOCAL DO ESTUDO

No Distrito Federal (DF), a Secretaria de Estado de Saúde (SES) tem na sua composição 14 regionais de saúde, dentre elas a Regional de Saúde de Ceilândia, que conta com Hospital Regional de Ceilândia (HRC), 11 centros de saúde e 01 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. Essa regional é configurada como a maior do DF em termos populacionais com 402.729 habitantes em 2010, além de ser a Regional onde nascem mais crianças no DF, no ano de 2011 de 40.955 nascimentos no DF, 6.184 (15,1%) ocorreram na Regional de Ceilândia (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA, 2010; SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2012).

A Regional de Saúde da Ceilândia/DF conta com um Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, estruturado desde 2010, segundo a ordem de serviço nº 122, de 06 de julho de 2010, publicada no DODF nº 129, de 07 julho de 2010, pagina: 29. Ato que designou a criação do CPCOIF da Regional de Ceilândia/DF (DIÁRIO OFICIAL DO DISTRITO FEDERAL, 2010).

3.15 5.3 PERÍODO DO ESTUDO

Os óbitos estudados foram referentes ao ano de 2013, período esse cujo todos os óbitos ocorridos na Regional de Ceilândia foram investigados pelo CPCOIF.

3.16 5.4 FONTE DE DADOS

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados a DO, documento padrão do SIM, que tem como finalidade cumprir as exigências legais de registro de óbitos,

atender princípios de cidadania e servi como fonte de dados para as estatísticas de saúde (BRASIL, 2009). As fichas de investigação do óbito infantil elaboradas pelo MS, (serviço de saúde hospitalar, serviço de saúde ambulatorial, entrevista domiciliar e entrevista domiciliar). Os modelos atuais dessas fichas de investigação é resultado do aprimoramento do trabalho de diversos comitês no país. A sua utilização pelos diversos comitês garante a padronização do processo de vigilância ao óbito infantil (BRASIL, 2010b).

Para o cálculo do CMI foi considerado o total de 7.199 NV e 123 óbitos infantis no ano de 2013, na Ceilândia/DF.

Quando os dados não estavam preenchidos nos instrumentos de coleta, recorreu-se ao prontuário eletrônico (Trakcare).

3.17 5.5 VARIÁVEIS SELECIONADAS

- Demográficas: Sexo, Raça\Cor do RN, Idade da mãe (de 10 a 19 anos adolescente / adulta de 20 a 49 anos) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Sociais: Escolaridade da mãe (ensino fundamental, ensino médio, superior completo e incompleto).

- Epidemiológicas: Estabelecimento onde ocorreu o óbito, peso ao nascer (baixo peso < 2500g), idade gestacional cronológica ao nascimento da criança (premature < 37, não prematuro > de 38 semanas) números de consultas de pré-natal realizadas pela gestante (nenhuma, de 01 a 05, mais de 5), tipo de gravidez (única ou múltipla), idade ao óbito (neonatal precoce – do nascimento a 7 dias de vida, neonatal tardio – de 7 a 28 dias, pós-neonatal – mais de 28 dias) óbito evitável (para a classificação de óbitos evitáveis o CPCOIF usa a Lista de Mortes Evitáveis por Intervenções do SUS, Classificação de Evitabilidade da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – SEADE e a Classificação de Wigglesworth Expandida) (Anexos I,II,III).

3.18 5.6 ANÁLISE DAS VARIÁVEIS

Os dados foram compilados no Epiinfo versão 3.5.2 de dezembro de 2010, processados e analisados no *software* SPSS-versão 19 para a realização da análise descritiva univariada, que consiste na exploração da informação existente em cada variável separadamente (MEDRONHO, 2009, pag 18 e 25).

3.19 5.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa atendeu aos critérios estabelecidos na Resolução nº 466 de dezembro de 2012 da CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisas), tendo o projeto sido submetido e aprovado pelo no Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS, parecer nº 660.773 em 26 de abril de 2014.

6. RESULTADOS

Nesse estudo foram identificados 123 óbitos infantis e 7.119 nascidos vivos no ano de 2013 na Regional de Saúde de Ceilândia//DF, onde o CMI foi de 17/1000 NV, a mortalidade neonatal precoce correspondeu a 51,2% (n=63) dos óbitos com um Coeficiente de Mortalidade de 8,7/1000 NV, a mortalidade neonatal tardia 23,6% (n=29) com um Coeficiente de Mortalidade de 4/1000 NV e a pós-neonatal 25,2% (n= 31) com um Coeficiente de Mortalidade de 4,3/1000 NV (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos óbitos infantis em frequência absoluta e relativa, segundo variáveis selecionadas, Ceilândia/DF, 2013

Variáveis	Frequência	
	Absoluta (n)	Relativa (%)
Sexo		
Masculino	68	55,5
Feminino	55	44,7
Total	123	100
Raça/Cor		
Parda	70	58
Branca	51	42
Total	121	100
Idade ao óbito		
De 0 a 6 dias	63	51,2
De 7 a 27 dias	29	23,6
Acima de 28 dias	31	25,2
Total	123	100
Óbito evitável		
Sim	73	59,4
Não	34	27,6
Total	100	100
Peso ao nascer		
Baixo peso	89	72
Peso normal	34	28
Total	123	100
Faixa etária da mãe		
10-19 anos	23	19,5
20-49 anos	100	80,5
Total	123	100
Escolaridade da mãe		
Ensino médio	42	43,3
Fundamental I e II (1ª a 9ª)	34	35,0
Superior (completo/incompleto)	21	21,7
Total	97	100

Fonte: CPCOIF - Ceilândia, 2013.

Tabela 1. Distribuição dos óbitos infantis em frequência absoluta e relativa, segundo variáveis selecionadas, Ceilândia/DF, 2013 **(continuação)**

Variáveis	Frequência	
	Absoluta (n)	Relativa (%)
ITU		
Sim	37	38
Não	66	61,9
Total	103	100
Local de ocorrência do óbito		
Alvorada	4	3,3
Anchieta	4	3,3
Domicílio	2	1,6
Dr. Juscelino Kubitschek	1	0,8
HBDF	2	1,6
HMIB	23	18,7
HRAN	2	1,6
HRC	60	48,8
HRSM	2	1,6
HRT	8	6,5
HUB	4	3,3
Santa Luzia	1	0,8
Santa Marta	1	0,8
São Francisco	8	6,5
Via Pública	1	0,8
Total	123	100
Número de consultas de pré-natal		
Nenhuma	15	13,8
De 01 a 05	57	52,3
Mais de 05	37	33,9
Total	109	100
Tipo de Gestação		
Dupla	10	8,9
Única	103	91,1
Total	113	100
Tipo de Parto		
Cesáreo	61	50,4
Vaginal	60	49,6
Total	121	100
Parto Prematuro		
Sim	79	67,5
Não	38	32,5
Total	117	100

Fonte: CPCOIF - Ceilândia, 2013.

A tabela 1 apresenta as variáveis demográficas como a idade materna em que 19,5% (n=23) das mães eram adolescentes (de 10 a 19 anos) e 80,5% (n=100) adultas (de 20 a 45 anos), a mortalidade apresentou-se maior entre o sexo masculino, 55,3% (n=68) e 44,7% (n=55) do sexo feminino e em relação a variável raça/cor 58% (n=70) foram pardos e 42% (n=51) brancos.

A variável social ponderada nesse estudo foi a escolaridade materna em que 43,3% (n=42) tinham o ensino médio, 35% (n=34) o ensino fundamental I e II e 21,7% (n=21) o ensino superior completo/incompleto.

A gravidez foi única em 91,1% (n=103) dos casos e dupla em 8,9% (n=10), os óbitos foram considerados evitáveis em 59,4% (n=73) dos casos. Em relação ao local de ocorrência, 97,6% (n=122) dos óbitos aconteceram em âmbito hospitalar sendo que apenas 48,8% (n=60) dos óbitos aconteceram no hospital de referência o HRC e 18,7% (n=23) dos óbitos que ocorreram fora da regional foram no Hospital Materno e Infantil – HMIB, que é considerado referência no atendimento neonatal, pediátrico e à gestante no DF.

A prematuridade estava presente em 67,5% dos casos e o baixo peso ao nascer (<2500g) em 72%, essas variáveis apresentam estreitas relações com a assistência de pré-natal da gestante, onde na regional 52,3% (n=57) das mães realizaram de 1 a 5 consultas de pré-natal, 33,9% (n=37) realizaram mais de 6 consultas e 13,8% (n=15) não realizaram nenhuma consulta.

Já a Tabela 2 exibe os dados referentes à ITU que esteve presente em 38% (n=37) das gestantes que perderam seus filhos na regional de Ceilândia/ DF.

Tabela 2. Distribuição dos óbitos infantis em frequência absoluta e relativa, segundo variáveis selecionadas, cujas mães tiveram ITU, Ceilândia/DF, 2013

Variáveis	Frequência	
	Absoluta (n)	Relativa (%)
Sexo		
Masculino	27	56,8
Feminino	16	43,2
Total	37	100
Raça/Cor		
Parda	20	54,1
Branca	17	45,9
Total	37	100
Local de ocorrência do óbito		
Alvorada	2	5,4
HBDF	1	2,7
HMIB	7	18,9
HRC	21	56,8
HRSM	1	2,7
HRT	2	5,4
São Francisco	2	5,4
Via Pública	1	2,7
Total	37	100

Fonte: CPCOIF – Ceilândia, 2013.

Tabela 2. Distribuição dos óbitos infantis em frequência absoluta e relativa, segundo variáveis selecionadas, cujas mães tiveram ITU, Ceilândia/DF, 2013 **(continuação)**

Variáveis	Frequência	
	Absoluta (n)	Relativa (%)
Número de Consultas de Pré-natal		
Nenhuma	1	2,8
De 01 a 05	15	41,7
Mais de 05	20	55,6
Total	36	100
Idade ao óbito		
De 0 a 6 dias	18	48,7
De 7 a 27 dias	9	24,3
Acima de 28 dias	10	27,0
Total	37	100
Óbito evitável		
Sim	25	71,4
Não	10	28,6
Total	35	100
Peso ao nascer		
Baixo peso	29	78,4
Peso normal	8	21,6
Total	37	100
Faixa etária da mãe		
10-19 anos	4	10,8
20-49 anos	33	89,2
Total	37	100
Escolaridade da mãe		
Ensino médio	14	45,2
Fundamental I e II (1ª a 9ª)	11	35,5
Superior (completo/incompleto)	6	19,4
Total	31	100
Parto Prematuro		
Sim	25	69,4
Não	11	30,6
Total	36	100

Fonte: CPCOIF – Ceilândia, 2013.

Entre as mães que apresentaram ITU houve uma prevalência de crianças pardas sendo 54,1% (n=20) e 45,9% (n=17) brancos. Apenas 10,8% (n=4) eram adolescentes e 82,41% (n=67) das mães eram adultas. Todas eram alfabetizadas sendo que 45,2% (n=14) possuíam o ensino médio completo, 35,5% (n=11) o ensino fundamental I e II e 19,4% (n=6) superior completo ou incompleto.

No entanto os fatores de riscos que mais chamaram a atenção foram o baixo peso ao nascer, que em 78,4% (n=29) dos casos o RN apresentou baixo peso (< 2500g) e 21,6% (n=8) peso normal (> 2500g), e a prematuridade em que 69,4%

(n=25) das gestantes que apresentaram ITU tiveram seus filhos prematuramente (com menos de 37 semanas de gestação).

O parto vaginal entre as mulheres que apresentaram ITU apresentou uma maior proporção em relação à cesariana, onde 56,8% (n=21) foram vaginal e 43,2% (n=16) cesariana.

Mais da metade dos óbitos infantis entre as gestante com ITU foi no período neonatal 73% (n=27), sendo 48,7% (n=18) neonatal precoce, 24,3% (n=9) neonatal tardio e 27% (n=10) pós-neonatal.

Diferente da descrição da mortalidade infantil geral da Ceilândia/DF onde a maioria dos óbitos ocorreu fora da regional de saúde, os óbitos infantis cujas mães apresentaram ITU ocorreram em sua maioria no hospital de referência o HRC, sendo 56,8% (n=21).

Considerando a adesão ao pré-natal, 55,6% (n=20) realizaram mais de 5 consultas, 41,7% (n=15) realizaram de 01 a 05 e 2,8% (n=1) não realizou nenhuma consulta de pré-natal.

7. DISCUSSÃO

3.20 7.1 PERFIL GERAL DA MORTALIDADE INFANTIL DA REGIONAL DE SAÚDE DA CEILÂNDIA, 2013

O estudo expôs vários fatores que indicam problemas na assistência à saúde prestada a gestante e ao RN na Ceilândia/DF, dentre eles o aumento do CMI que era de 15/1000 NV em 2012 e passou para 17/1000 NV em 2013, isso corresponde a um aumento de 13,33% no intervalo de um ano. O CMI do DF vem se mostrando sem muita variação nos últimos anos, em 2001 era de 4,1/1000 NV e em 2012 de 4,3/1000 NV, no Brasil vem apresentando uma queda constante passando de 24,8/NV em 2001 para 16,2/1.000 NV em 2010, característica essa que não vem sendo apresentando na regional estudada. (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2012; FRANÇA, 2008; MARANHÃO et al., 2012).

O aumento do número de óbitos infantil na Ceilândia/DF pode ter relação também com o crescimento acelerado da cidade, devido ao surgimento dos condomínios, ainda irregulares, Sol Nascente, Privê e Pôr do Sol, locais esses sem nenhuma infraestrutura (saneamento básico, escolas, unidades básicas de saúde, transporte), onde a maioria dos moradores é de baixa renda e baixa escolaridade, fatores esses que podem acarretar o nascimento de crianças de baixo peso, prematuros e intercorrências na gestação, intercorrências essas que deveriam ser acompanhadas pelo serviço de saúde. Mas o serviço de saúde da Ceilândia não estava preparado para esse aumento populacional imediato (CODEPLAN, 2013).

A mortalidade apresentou-se maior entre o sexo masculino, 55,3% (n=68) do total, o acometimento maior desse sexo é devido a fatores biológicos associados, outros estudos também descrevem resultados semelhantes (HERNANDEZ, 2011).

Em relação a variável raça/cor 58% (n=70) foram pardos e 42% (n=51) brancos, essa variável está presente no Brasil como marcadores das desigualdades sociais em estudos epidemiológicos, ela também consiste em um objeto de estudo para mensuração de desigualdades em saúde, uma vez que há um perfil de mortalidade distinto entre os grupos de raça/cor (FIORIO, 2008).

A idade ao óbito é uma variável que tem grande relação com a assistência em saúde prestada tanto a gestante quanto ao RN, ela também demonstra a mudança

do perfil epidemiológico das causas de mortalidade infantil. Em Ceilândia/DF a mortalidade neonatal precoce foi de 51,2% (n=63) dos óbitos, a ocorrência maior dos óbitos neonatal precoce podem esta relacionada tanto a afecções maternas quanto perinatais, causas essas que poderiam ser diagnosticadas durante o pré-natal (LANKS, 2002; ALMEIDA; SZWARCOWALD, 2012).

Em um estudo publicado recentemente pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Lansky (2014) descreve o perfil da mortalidade neonatal no Brasil, apresentando um coeficiente de mortalidade neonatal de 11,1 /1000 em 2013, onde 38,3% dos óbitos neonatais se concentram na região Nordeste e 30,5% na região Sudeste.

Os óbitos evitáveis corresponderam a 59,4% (n=73) dos óbitos infantis na Ceilândia/DF. Essa variável é usada para ponderar a assistência em saúde assim como para identificar a conformidade da organização do sistema de saúde para essa população. Em relação ao local de ocorrência, 97,6% (n=122) dos óbitos aconteceram em âmbito hospitalar o que remete também ao preparo das equipes e serviços de saúde que estão diretamente ligadas á assistência hospitalar do parto e ao RN (LANSKY, 2014).

O SUS através da RAS e a Rede Cegonha traz em sua conformação a prioridade de atendimento integral enfatizando o serviço de referência e contra-referência, no entanto podemos identificar que apenas 48,8% (n=60) dos óbitos aconteceram no hospital de referência que é o HRC, já que se trata de óbitos infantis ocorridos nessa localidade, isso mostra fragilidade na integralidade do serviço, pois 51,2% (n=63) dos óbitos ocorreram em outras localidades ou rede privada. Mas também não podemos deixar de considerar que 18,7% (n=23) dos óbitos que ocorreram fora da regional foram no Hospital Materno e Infantil – HMIB, que é considerado referência no atendimento neonatal, pediátrico e à gestante no DF, isso pode ter ocorrido pelo uso adequado do sistema de regulação de leitos que identifica a necessidade da transferência da gestante ou RN para o hospital especializado. A falha nos serviços de referência para gestante é considerado um fator fortemente associado aos óbitos neonatais (BRASIL, 2010b; BRASIL, 2011a; LANSKY, 2014).

Uma solução para esse problema seria a organização do cuidado a gestantes dentro da RAS, sendo a atenção básica a responsável pelo acolhimento e ordenadora do cuidado indicando o local de referência para o acompanhamento e

parto das gestantes, garantindo um atendimento integral a gestante e ao RN (BRASIL, 2012b; MENDES, 2011; SILVA, 2011).

Neste trabalho, entre os casos, houve um maior número de mães com uma boa escolaridade. Estudos também descrevem que quanto maior a escolaridade materna, maior a adesão ao pré-natal, no caso de Ceilândia/DF mesmo que a escolaridade materna possa influenciar nessa adesão, 66,1% das mães, realizaram menos de 5 consultas de pré-natal. Isso mostra uma falha na assistência a essas gestantes já que o MS preconiza que seja realizado no mínimo 6 consultas durante o período gestacional (BRASIL, 2012a, LANSKY, 2014). Esse problema poderia tornar-se mínimo se o sistema de saúde na Ceilândia/DF estivesse organizado com a ESF potencializada, onde essas gestantes poderiam ter sido identificadas de forma ativa, minimizando os riscos de uma gestação com complicações (BRASIL, 2012b).

A escolaridade materna também tem sido utilizada como um indicador da condição sócio-econômica da mãe e de sua família, estando relacionada à qualidade dos cuidados com a saúde da criança. Estudos têm demonstrado que as populações com baixa inserção sócio-econômica e pouca escolaridade têm coeficientes de mortalidade infantil mais altos (JOBIM; AERT, 2008).

As condições sócio-econômicas também apresentam relação com o tipo de parto realizado, estudos revelam que quanto maior a renda, maior é a opção pela cesariana. O Brasil é conhecido mundialmente pela elevada incidência de cesarianas, em 2011 51,9% dos partos no Brasil foi cesariana, dado semelhante ao encontrado entre os óbitos infantis de Ceilândia/DF, onde 50,4% (n=61) dos partos foram de cesariana e 49,6% (n=60) de parto vaginal (LEAL et al., 2014). O uso de tecnologias de saúde favorece tanto na redução da mortalidade infantil como materna, mas o uso excessivo ou desnecessário dessas tecnologias na assistência à gestação podem representar também riscos às gestantes e RN, segundo Souza e Pileggi-Castro (2014) uma das tecnologias de saúde mais usadas de forma desnecessária é o parto realizado através da cesariana.

A associação entre idade materna e mortalidade infantil também é bem conhecida. Mães adolescentes e desfechos desfavoráveis, tais como prematuridade, baixo peso ao nascer e maior taxa de parto cesárea parecem estar associados (JOBIM; AERT, 2008). Nesse estudo 19,5% (n=23) das mães tinham entre 10 e 19 anos (consideradas adolescentes pela OMS) e 80, 5% (n=100) tinham de 20 a 49 anos, sendo que 19,5% dos óbitos estudados podem ter sido influenciados pela

baixa idade. Segundo Lima (2010) é possível identificar, na literatura, evidências a favor de explicações de naturezas biológica e socioeconômica e até mesmo a defesa da neutralidade da idade materna para explicar as chances de ocorrência da mortalidade infantil para filhos de mães muito jovens e, também, nas idades avançadas. Outras variáveis que podem ter relação com a idade materna é o baixo peso ao nascer é a prematuridade que correspondeu a 72% (n=89) e 67,5% (n=79) respectivamente (JOBIM; AERT, 2008).

O aumento da incidência do nascimento de crianças prematuras vem trazendo grandes discussões nas causalidades da mortalidade infantil, já que a prematuridade está entre as principais causas da mortalidade infantil. No Brasil no ano de 2010 12% dos partos foram prematuros, no Norte e no Nordeste, 10,8% e 10,9% respectivamente, no Sudeste 12,5% seguida do Sul 12% e Distrito Federal 12,6% (UNICEF, 2013).

Entre os anos de 2011 a 2012 no Brasil, 30,3% dos óbitos neonatais tiveram como causa a prematuridade, as regiões mais afetadas foram a Nordeste com 33,3% dos óbitos e Sudeste com 30,5%. No DF 72% dos óbitos neonatais em 2012 eram prematuros (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE- DF, 2012; UNICEF, 2013). A ITU também esta entre as afecções maternas que podem desencadear o parto prematuro, tanto quando descoberta tardiamente devido ao processo inflamatório, quando diagnosticada e tratada por efeito do uso de medicamentos, o que pode promover contrações uterinas (DUARTE, 2008).

3.21 7.2 DESCRIÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL, CUJAS MÃES TIVERAM ITU, DA REGIONAL DE SAÚDE DA CEILÂNDIA/DF

Quanto à variável ITU foi identificado que em 38% (n=37) das gestantes foram portadoras da afecção. As estratégias de registro dessas informações, por mais que careçam de aprimoramentos, pretendem contribuir para gerar dados que dimensionem a magnitude da ITU na gestação e na mortalidade infantil como questão a ser enfrentada por diferentes setores e categorias profissionais da saúde (KIND et al., 2013).

Esse dado da ITU na regional de Ceilândia/DF é preocupante quando comparados aos de outras localidades. Um estudo também de caráter descritivo em uma Regional de Saúde do Paraná analisou 397 óbitos infantis que ocorreram no

período de 2005 a 2008 (três anos), nesse período apenas 18,2% (n=53) foram diagnosticadas com a ITU, isso corresponde a cerca de 6% de casos de ITU por ano no Paraná, 32,1% a menos que na Ceilândia/DF. Essa diferença pode ter relação com a forma em que o sistema de saúde está arquitetado no Paraná, a adesão das gestantes ao pré-natal e o tipo de atendimento prestado à gestante no local (SANTANA, 2013).

Os dados das mães que tiveram ITU apresentaram informações importantes capazes de trazer evidências de que essa afecção pode influenciar nas causalidades da mortalidade infantil, pois foram apresentados vários fatores de riscos entre esses óbitos cujas mães tiveram ITU.

Um desses fatores é a prematuridade, que entre os óbitos que as mães tiveram ITU correspondeu a 69,4% (n=25). Observando a descrição geral (tabela 1) o nascimento prematuro nas mães que tiveram ITU e que perderam seus filhos correspondeu a 6,3% (n=25) do total dos óbitos prematuros. Não se pode afirmar que a prematuridade aqui foi desencadeada pela ITU, mas pode-se propor o conhecimento mais aprofundado sobre a relação entre as duas variáveis, pois se sabe que um grande esforço tem sido feito para tratar e evitar a morte de prematuros, mas pouco se sabe ou se fez para evitar a ocorrência da prematuridade (BARROS, 2005; FRANÇA; LANSKY, 2008).

Outro fator que apresenta uma estreita relação com as características da evolução da gestação e com intercorrências durante esse período é o baixo peso ao nascer, nas gestantes que tiveram ITU em 78,4% (n=29) dos casos o RN apresentou baixo peso (< 2500g) e 21,6% (n=8) peso normal (> 2500g). O baixo peso ao nascer também pode ser influenciado pela idade e escolaridade materna, entre essas mães 10,8% (n=4) eram adolescentes, todas eram alfabetizadas sendo que 45,2% (n=14) possuíam o ensino médio completo, 35,5% (n=11) o ensino fundamental I e II e 19,4% (n=6) superior completo ou incompleto.

O estudo de Silvestrin et al. (2013) que buscou identificar a relação da baixa escolaridade com o baixo peso do RN ao nascer, mostra que nos Estados Unidos, Irlanda e Noruega, verifica-se uma diminuição dos casos de nascimento de baixo peso em mães com um nível de escolaridade baixo. Já no Brasil, observando as diferenças regionais no país, em relação à proporção de baixo peso ao nascer e a escolaridade materna, parecem estar mais relacionadas à disponibilidade de assistência perinatal do que às condições sociais.

Estudos caracterizam que tanto a idade materna quanto o nível de escolaridade tem influencia na adesão ao pré-natal e consequentemente aos procedimentos indicados durante o acompanhamento da gestação, como os exames a serem realizados, dentre eles o exame de urina Tipo I e a Urocultura que servem para diagnosticar a ITU, 44,5% (n=16) das mães que tiveram ITU realizaram menos que 5 consultas de pré-natal. Mas não se pode restringir a discussão dessa adesão apenas às características demográficas ou sócias das mães, é necessário garantir o acesso ao serviço de pré-natal e uma assistência qualificada, apontada como insuficiente por alguns trabalhos no país (BARROS, 2005; FRANÇA; LANSKY, 2008; JOBIM; AERT, 2008).

A cesariana assim como a ITU é outro fator que pode acarretar no nascimento prematuro, no entanto entre às gestantes que tiveram ITU 56,8% (n=21) foi parto vaginal.

Mais da metade dos óbitos infantis entre as gestante com ITU foi no período neonatal, 74,8% (n=27), sendo 48,7% (n=18) neonatal precoce, 24,3% (n=9) neonatal tardio e 27% (n=10) pós-neonatal. Assim como evidenciado na literatura, houve uma proporção maior entre os neonatais precoce. Uma solução para amenizar essa intercorrência seria a integração entre a obstetrícia e neonatologia para enfrentar melhor esta questão (BARROS, 2005; FRANÇA; LANSKY, 2008).

Dos casos que apresentaram ITU 71,4% (n=25) foram considerados óbitos evitáveis. As causas de mortes evitáveis são definidas como aquelas previsíveis, total ou parcialmente, por ações efetivas dos serviços de saúde que estejam acessíveis em um determinado local e época (MALTA, 2007). Espera-se que com a efetivação do CPCOIF na regional de saúde da Ceilândia/DF, esses números possam mudar, já que eles buscam ativamente as causalidades dos óbitos e propõem ações a arquitetar de forma correta o atendimento às gestantes, buscando a concretização da assistência integral e consequentemente diminuindo os óbitos da regional, principalmente os evitáveis.

A peregrinação da gestante em busca do hospital de referência para o parto e cuidado do seu RN mostrou-se menor entre as mães que tiveram ITU, pois 56,8% (n=21) óbitos infantis ocorreram no hospital de referência o HRC. O SUS traz em seus princípios a equidade em saúde, essa equidade pode ser entendida como a igualdade de acesso a serviços de saúde e esse acesso envolve o adequado

planejamento da localização dos serviços de saúde para evitar a peregrinação desnecessária dessas gestantes. (GURGEL; FRANÇA; MATOS, 2003).

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo expôs fragilidades do sistema de saúde da regional de saúde da Ceilândia/DF que afetam igualmente as gestantes e as crianças. Apesar do atendimento integral à gestante ser imprescindível, pouco se avançou na organização da sua assistência na regional, permanecendo ainda hoje com uma atenção desarticulada e fragmentada entre o pré-natal e o parto. Os dados do presente estudo demonstram que os fatores relacionados à assistência ainda são mais relevantes para o óbito infantil na Regional de Ceilândia, assim como os fatores sócios-demográficos, como idade materna, escolaridade materna. Também foi possível identificar a magnitude das mortes neonatais preveníveis, da prematuridade, do baixo peso ao nascer, da falta de acompanhamento do pré-natal e da alta incidência da ITU, que dentro do grupo das afecções perinatais, chama a atenção para a complexidade do quadro epidemiológico da mortalidade infantil, apontando a necessidade de qualificação dos serviços de saúde e de estudos que busquem conhecer mais detalhadamente as afecções maternas e as suas peculiaridades com o óbito infantil.

Uma grande ferramenta para isso são os CPCOIF essencial instrumento de acompanhamento da assistência à gestante, puérperio e RN, mas que necessitam de apoio para seu efetivo funcionamento, de modo que as análises realizadas após as investigações se traduzam em ações de saúde apropriadas para a redução dos coeficientes de mortalidade infantil.

Além disso, se faz necessário uma gestão com olhar da Saúde Coletiva buscando constituir uma maior integralidade de ações e um planejamento para a organização da atenção materna e infantil no nível local, com integração entre os serviços de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, W.S. SZWARCOWALD, C.L. Mortalidade infantil e acesso geográfico ao parto nos municípios brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p-68-76. fev. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000100009&lng=en&nrm=iso>.

BARROS, F.C, et al. The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993 and 2004. **The Lancet**. 365 (9462):847-54. Mar. 2005.

BARROS, S.R.A.F. Infecção urinária na gestação e sua correlação com a dor lombar versus intervenções de enfermagem. **Rev. dor**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 88-93. jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132013000200003&lng=en&nrm=iso>.

BRASIL. **As cartas da Promoção da Saúde**. Ministério da Saúde. 2002. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracoesecarta_portugues.pdf

BRASIL. Lei Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Publicado no *Diário Oficial da União*, 16 de julho de 1990.

BRASIL. Lei nº 6.015 de 31 de Dezembro de 1973. Dispõe sobre os registros públicos, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, 1973.

BRASIL. Manual de procedimento do sistema de informações sobre mortalidade: Fundação Nacional de Saúde, Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília, 2004a.
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência Pré-natal: Manual técnico. 3. Ed. Brasília, 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Declaração de óbito: documento necessário e importante, Conselho Federal de Medicina. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da saúde. Indicadores Básicos Para a Saúde no Brasil: Conceitos e Aplicações. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da união*, poder executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Nascido Vivo. Brasília, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de procedimento do sistema de informações sobre mortalidade. Brasília, 2001. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sis_mortalidade.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. 2. ed. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2012: uma análise da situação de saúde e dos 40 anos do Programa Nacional de Imunização. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2012: uma análise da situação de saúde e dos 40 anos do Programa Nacional de Imunização. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília, 2012b.

BRASIL. Portaria nº 20, de 3 De Outubro De 2003. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde – SIM e Sinasc. Publicada no *Diário Oficial da União* nº196, Secção I, pág 719, out. 2003

BRASIL. Portaria Nº 325 DE 21 DE FEVEREIRO DE 2008. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. *Diário Oficial da União*. 2008b

BRASIL. Portaria nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Brasília, 1999. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_1399_1999.pdf>. Acesso dia 27 de agosto de 2014.

BRASIL. Portaria Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Publicada no *Diário Oficial da União* nº 121, de 27 de julho de 2011, Seção 1, página 109, 2011c.

BRASIL. Portaria nº 1172/GM de 15 de junho de 2004. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1172.htm>

BRASIL. Portaria Nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial do Distrito Federal*. 2006b

BRASIL. PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Publicada no *Diário Oficial da União*, 2010a.

BRASIL. Portaria Nº 569 DE 01 DE JUNHO DE 2000. Instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Publicada no *Diário Oficial da União*, 2000b.

BRASIL. Portaria nº 72/GM, de 11 de janeiro de 2010, publicada no *Diário Oficial da União* n. 7 de 12 jan. 2010, Seção 1, pág. 29/31, 2010a.

CAVALCANTI et al. Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. p.1297-1316, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n4/14.pdf>

CECCON, R. F. et al. Mortalidade infantil e Saúde da Família nas unidades da Federação brasileira, 1998-2008. **Cad. saúde colet. [online]**. vol. 22, n. 2, pp. 177-183. ISSN 1414-462X. 2014.

COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL – CODEPLAN. 2013. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/areas-tematicas/informacoes-estatisticas.html>. Acesso em 13 de Novembro de 2014.

DIÁRIO OFICIAL DO DISTRITO FEDERAL Nº 129, DE 07 JULHO DE 2010. Ato que designou a criação do Comitê de Prevenção e Controle da Mortalidade Infantil e Fetal da Regional de Saúde da Ceilândia. p 29. 2010

DUARTE, G. et al. Infecção urinária na gravidez. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 93-100. fev. 2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-

FARIA, L.S. BERTOLOZZI, M.R. A vigilância na Atenção Básica à Saúde: perspectivas para o alcance da Vigilância à Saúde. **Rev. esc. enferm.** São Paulo, v. 44, n. 3, p. 789-795, set. 2010. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300034&lng=en&nrm=iso >

FELIX, J. D. et al. Avaliação da completude das variáveis epidemiológicas do sistema de informações sobre mortalidade em mulheres com óbito por câncer de mama na Região Sudeste: Brasil 1998 a 2007). **Cienc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, 2012.

FERNANDES, A.S; SECLLEN-PALACIN, J. Experiências e desafios da atenção básica e saúde da família: caso Brasil. Brasília: **OPAS**; 2004.

FERRAZ L. H. O SUS, O DATASUS e a informação em saúde: “uma proposta de gestão Participativa”. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro, dez. 2009. Disponível em: http://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/25885_ferrazlhvcm.pdf

FIGUEIREDO G.L.A; MELLO D.F. Atenção À Saúde Da Criança No Brasil: Aspectos Da Vulnerabilidade Programática E Dos Direitos Humanos. **Rev . Latino-am Enfermagem**. nov-dez, 2007. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae

FIGUEIRÓ-FILHO et al. Infecção do trato urinário na gravidez: aspectos atuais. **FEMINA**. Vol. 37, n. 3. mar. 2009.

FIORIO, N.M. et al. Evolução do preenchimento da variável raça/cor no sistema de informação sobre mortalidade Vitória/ES de 1996 a 2005. **UFES Rev Odont**; v. 10, n. 1, p. 19-26, 2008.

FONSECA, SC; COUTINHO, ESF. Fatores de risco para mortalidade fetal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26 n. 2, p. 240-52, fev. 2010.

FRANÇA E; LANSKY S. Mortalidade Infantil Neonatal no Brasil: Situação, Tendências e Perspectivas. 2008. Disponível em

www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/.../ABEP2008_1956.pdf Acesso em 10 de novembro de 2014.

FRIAS, P.G.; NAVARRO, L.M. Crianças: sujeitos de direito e sua vulnerabilidade. In: **Vigilância do Óbito Materno, Infantil e Fetal e Atuação em Comitês de Mortalidade**. Rio de Janeiro: **Editora Fiocruz**, 2013.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA – UNICEF. Relatório da mortalidade. 2013a.

http://www.unicef.org/publications/files/APR_Progress_Report_2013_9_Sept_2013.pdf

GONÇALVES, R; FERNANDES, RAQ; SOBRAL, DH. Prevalência da Doença Hipertensiva Específica da Gestação em hospital público de São Paulo. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 58, n. 1, fev. 2005.

HACKENHAAR AA; E ALBERNAZ EP. Prevalência e fatores associados à internação hospitalar para tratamento da infecção do trato urinário durante a gestação. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2013; 35(5):199-204, 2013.

HERNANDEZ A.R. et al. Análise de tendências das taxas de mortalidade infantil e de seus fatores de risco na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, no período de 1996 a 2008. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 2188-2196, nov, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE – 2010.

Disponível em: <http://g1.globo.com/distrito-federal/noticia/2011/04/distrito-federal-tem-quase-26-milhoes-de-habitantes.html>, Acesso em 16 de Novembro de 2014.

JACOCIUNAS, LV; PICOLI, SU. Avaliação de infecção urinária em gestantes no primeiro trimestre de gravidez. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**. São Paulo, v. 39, n. 1, p. 55-57, jan./mar 2007.

JOBIM R; AERTS D. Mortalidade infantil evitável e fatores associados em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2000-2003. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p.179-187, jan, 2008.

KIND L et al. Violência Contra Mulheres na Atenção Primária á Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 1805-1815, set, 2013.

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0192.pdf>

LANSKY, S.; FRANÇA; LEAL, M.C. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 759-72. dez. 2002. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000700017&lng=en&nrm=iso

LEAL M.C et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. vol. 30. 2014.

LIMA, C. et al. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 12, n. 4, p. 189-201. dez. 2003. Disponível em: < <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v12n4/v12n4a03.pdf>>.

LIMA, C. et al. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 12, n. 4, p. 189-201. dez. 2003. Disponível em: < <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v12n4/v12n4a03.pdf>>.

MALTA D.C. et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde** [online]. Brasília, v. 16, n. 4, p. 233-44. 2007.

MARANHÃO. et al. Mortalidade infantil no Brasil: tendências, componentes e causas de morte no período de 2000 a 2010. **In: Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília: Editora MS, 2012, v. 1, p. 163-182. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Fev/21/saudebrasil2011_parte1_cap6.pdf>. Acesso em: 02 de out. 2014.

MEDEIROS K. R. et al. O Sistema de Informação em Saúde como instrumento da política de recursos humanos: um mecanismo importante na detecção das

MEDRONHO, RA; et al. Epidemiologia. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

MENDES EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**. 2011.

MENDOZA-SASSI, RA; et al. Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 787-96. abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000400018&lng=en&nrm=iso>.

MONTEIRO, R.A.; SCHMITZ, B.A.S. Principais causas básicas da mortalidade infantil no Distrito Federal, Brasil: 1990 a 2000. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife , v. 4, n. 4, p. 413-21. dez. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292004000400011&lng=en&nrm=iso>. necessidades da força de trabalho para o SUS. **Ciênc. Saúde Coletiva**. p.433-440, 2005.

NORONHA, J.C; LIMA, L. D; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde - SUS. **In: GIOVANELLA, L. et al**. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. ed. 22. p. 435-72. Fiocruz .Rio de Janeiro, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Internacional de Doenças CID-10. Tradução Centro Colaborador da OMS para a Família de Classificação Internacional em Português – 8. Ed. Ver e ampl. Editor da Universidade de São Paulo, 2008.

PAGANI, R; et al. Preceptoria de Território, Novas Práticas e Saberes na Estratégia de Educação Permanente em Saúde da Família: o estudo do caso de Sobral, CE. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, supl.1, p.94-106, 2012.

PAGNONCELI, J; ABEGG, M. A; COLACITE, J. Avaliação de infecção urinária em gestantes do município de Marechal Cândido Rondon – PR. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 14, n. 3, p. 211-216, set./dez. 2010.

PAIM J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Séries Saúde no Brasil* 1. p. 11-32, mai. 2011. Disponível em <
<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>

PEDRAZA, D. F. Qualidade do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc): análise crítica da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 10, out. 2012.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.
<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>

REIS, D. M. et al. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, p. 269-276, 2010.

SANTANA, I. P. et al. Aspectos da mortalidade infantil, conforme informações da investigação do óbito. **Acta paul. enferm.** [online]. vol.24, n.4, pp. 556-562. ISSN 0103-2100. 2011.

SANTOS, S. L. D. et al. Utilização do método linkage na identificação dos fatores de risco associados à mortalidade infantil: revisão integrativa da literatura. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. vol.19, n.7, p. 2095-2104. ISSN 1413-8123. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n7/1413-8123-csc-19-07-02095.pdf>

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Relatório Epidemiológico Sobre Mortalidade Infantil Distrito Federal, 2012**. Disponível em <http://www.saude.df.gov.br/images/SVS/DIVEP/mortalidade2012f.pdf>. Acesso em 21 de julho de 2014.

SILVA, C.F. et al . Fatores de risco para mortalidade infantil em município do Nordeste do Brasil: linkage entre bancos de dados de nascidos vivos e óbitos infantis - 2000 a 2002. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 9, n. 1, p. 69-80. mar. 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2006000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 Nov 2013.

SILVA, S.F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, jun. 2011.

SILVESTRIN, S. et al. Grau de escolaridade materna e baixo peso ao nascer: uma meta-análise. **J. Pediatr. (Rio J.) [online]**. vol.89, n.4, pp. 339-345. ISSN 0021-7557. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v89n4/v89n4a04.pdf>

SOARES, L.A; NISHI, C.Y.M; WAGNER, H.L. Isolamento das bactérias causadoras de infecções urinárias e seu perfil de resistência aos antimicrobianos. **Rev. Bras. Med. Fam. e Com.** Rio de Janeiro, v. 2, n. 6, jul./set. 2006.

SOUZA; PILEGGI-CASTRO. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quartenaria. Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. vol. 30. 2014.

VENÂNCIO, S.I; PAIVA, R. O processo de implantação dos comitês de investigação do óbito infantil no Estado de São Paulo. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 10 (3): 369-375 jul. / set., 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Disponível em: <http://www.who.int/en/> Acesso em 28 de outubro de 2014.

3.22 ANEXOS

3.23

3.24 ANEXO I

3.25 MALTA, D. C. et al. Atualização da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde [online]. Brasília, v .20, n. 3, p. 409-12. 2011.

Lista atualizada de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil.

1. Causas de morte evitáveis - e subgrupos

Foram propostas alterações nos subgrupos:

1.1. Reduzíveis por ações de imunoprevenção: em relação aos óbitos por Tuberculose, foram mantidos apenas os códigos de Tuberculose miliar (A19) e Tuberculose do sistema nervoso (A17), por serem as causas evitáveis de morte pela vacina BCG.

1.2. Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, prevenção, controle e atenção às doenças de causas infecciosas: aqui, foram incluídas Tuberculose respiratória com confirmação bacteriana e histológica (A150-A159); Tuberculose das vias respiratórias sem confirmação bacteriana e histológica (A160-A169); Tuberculose de outros órgãos (A180-A188); e Doenças de Chagas (B57.2). Em Outras doenças de notificação compulsória, foi acrescentada a febre hemorrágica pelo vírus da dengue ou dengue hemorrágica (A91).

1.3. Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, prevenção, controle e atenção às doenças não transmissíveis: aqui, foram excluídas algumas causas - Doença de Chagas (B57.2); Hipotireoidismo congênito, Transtornos adrenogenitais congênitos por deficiência enzimática, Fenilcetonúria clássica e Galactosemia (E00; E25.0; E70.0; E74.2); Neoplasia maligna do corpo do útero (C54); e Neoplasia maligna do útero porção não especificada (C55). Também foram excluídas desse subgrupo, por não serem consideradas causa básica do óbito em adultos: Desidratação (E86); Varizes esofageanas (I85); e Deficiências nutricionais e anemias carenciais (E40 a E46; E50 a E64; D50 a D53).

Em Transtornos relativos ao uso do álcool, foram incluídas: Pancreatite crônica induzida pelo álcool (K86.0) e Doença alcoólica do fígado (K70). Foram ampliados os códigos da CID-10 para Doenças crônicas das vias aéreas inferiores (J40-J47,

J81) e incluídas Hemorragia intracerebral ou oclusão (I60-I69), Leucemia mieloide (C92) e Obesidade (E66).

1.4. Reduzíveis por ações adequadas de prevenção, controle e atenção às causas de morte materna: aqui, decidiu-se manter todo o subgrupo e proceder a revisão da lista após estudos de validação.

1.5. Reduzíveis por ações intersetoriais adequadas de promoção à saúde, prevenção e atenção às causas externas (acidentais e violências): acidentes de trânsito/transporte, antes referenciados pelos códigos V01 a V89, passaram a se denominar Acidentes de trânsito/transporte (V01 a V99), incluídos incidentes adversos (Y70-Y82). Alterou-se a denominação 'Suicídios' para Lesões autoprovocadas intencionalmente (X60 a X84) e a denominação 'Homicídios' para Agressões (X85 a Y09). Também se adotou a nova denominação de Exposição à fumaça, ao fogo e às chamas (X00 a X09). Nesse subgrupo, foram incluídos os demais códigos do capítulo XX da CID.

2. Causas de morte mal definidas

Não houve alteração dos códigos.

3. Demais causas de morte - não claramente evitáveis

Foram incluídos ou excluídos os códigos listados acima.

A seguir, a atualização da Lista Brasileira de Causas de Morte Evitáveis (de cinco a 74 anos de idade) por Intervenções do Sistema Único de Saúde:

1. Causas de morte evitáveis

1.1. Reduzíveis pelas ações de imunoprevenção: Tuberculose do sistema nervoso (A17; Tuberculose miliar (A19); Tétano obstétrico (A34); Outros tipos de tétano (A35); Difteria (A36); Coqueluche (A37); Poliomielite aguda (A80); Sarampo (B05); Rubéola (B06); Hepatite aguda B (B16); Meningite por *haemophilus* (G00.0).

1.2. Reduzíveis por ações de promoção à saúde, adequada prevenção, controle e atenção às doenças de causas infecciosas: Tuberculose respiratória, com confirmação bacteriológica e histológica (A15); Tuberculose das vias respiratórias, sem confirmação bacteriológica ou histológica (A16); Tuberculose de outros órgãos (A18); Sequelas de tuberculose (B90); Doenças infecciosas intestinais diarreicas (A00 a A09); HIV/AIDS (B20 a B24); Hepatites (B15 a B19, exceto B16); Sífilis, gonorreia e outras doenças sexualmente transmissíveis (A50 a A59; A63 a A64); Doenças inflamatórias pélvicas femininas (N70 a N73.5; N73.8; N73.9; N75; N76); Outras infecções (A23 a A26; A28, A31, A32; A38 a A41; A46; A69.2; J02.0; J03.0;

B50 a B54; G00.1 a G00.9; G01); Febre reumática e doença reumática aguda (I00 a I09); Infecções respiratórias, incluindo pneumonia e influenza (J00 a J01; J02.8 a J02.9; J03.8 a J03.9; J04 a J05; J06.0; J10 a J22); Infecções musculoesqueléticas (L02 a L08).

Outras doenças de notificação compulsória: Peste (A20); Tularemia (A21); Carbúnculo (A22); Leptospirose (A27); Hanseníase (A30); Febre maculosa (A77); Raiva (A82); Dengue (A90); Febre do Nilo (A92.3); Febre amarela (A95); Hantavirose (A98.5); Varíola (B03); Leishmaniose (B55); Doença de Chagas aguda (B570 a B571); Doença de Chagas (crônica) com comprometimento cardíaco (B572); Esquistossomose (B65); Dengue hemorrágica (A91); Infecção do trato urinário (N39.0).

1.3. Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, prevenção, controle e atenção às doenças não transmissíveis: Neoplasia maligna do lábio, melanoma e outros de pele (C00; C43 a C44); Neoplasia maligna primário do fígado (C22); Neoplasia maligna do estômago (C16); Neoplasia maligna colo-retal (C18 a C219); Neoplasia maligna da boca, faringe e laringe (C01 a C06; C09 a C10; C12 a C14; C32); Neoplasia maligna do esôfago (C15); Neoplasia da traqueia, brônquios e pulmão (C33; C34); Neoplasia maligna de mama (C50); Neoplasia maligna do colo de útero (C53); Neoplasia maligna do testículo (C62); Neoplasia maligna da tireoide (C73); Doença de Hodgkin (C81); Leucemia linfóide (C91); Leucemia mieloide (C92); Tireotoxicose, hipotireoidismo e deficiência de iodo (E01 a E05); Diabetes *mellitus* (E10 a E14); Obesidade (E66). Transtornos relativos ao uso do álcool: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool (F10); Gastrite alcoólica (K 29.2); Cardiomiopatia alcoólica (I42.6); Pancreatite crônica induzida pelo álcool (K86.0); e Doença alcoólica do fígado (K70); Epilepsia (G40 a G41); Doenças hipertensivas (I10 a I13); Doenças isquêmicas do coração (I20 a I25); Aterosclerose (I70); Insuficiência cardíaca (I50); Doenças cerebrovasculares (I60-I69); Doenças crônicas das vias aéreas inferiores (J40 a J47; J81); Apendicite (K35); Úlcera gástrica e duodenal (K25 a K28); Pneumoconiose ((60 a J70); Obstrução intestinal e hérnia (K40 a K46; K56); Transtornos da vesícula biliar (K80 a K83); Insuficiência renal crônica (N18).

1.4. Reduzíveis por adequada ação de prevenção, controle e atenção as causas de morte materna:

Complicações da gravidez, parto e puerpério (O00 a O02; O03 a O26; O29 a O99).

1.5. Reduzíveis por ações intersetoriais e de promoção à saúde, prevenção e atenção adequada às causas externas (acidentais e violências): Acidentes de transporte (V01 a V99); Quedas (W00 a W19); Afogamento e submersão acidentais (W65 a W74); Exposição à fumaça, ao fogo e às chamas (X00 a X09); Envenenamento ou intoxicação acidental por exposição a substâncias nocivas (X40 a X49); Lesões autoprovocadas intencionalmente (X60 a X84); Agressões (X85 a Y09); Eventos ou fatos cuja intenção é indeterminada (Y10 a Y34); Intervenções legais e operações de guerra (Y35 a Y36); Condições iatrogênicas (Y60 a Y69; Y83 a Y84); Incidentes adversos durante atos diagnósticos ou terapêuticos associados ao uso de dispositivos (aparelhos) médicos (Y70 a Y82); Exposição a forças mecânicas inanimadas (W20 a W49); Exposição a forças mecânicas animadas (W50 a W64); Outros riscos acidentais à respiração (W75 a W84); Exposição à corrente elétrica, à radiação e às temperaturas e pressões extremas do ambiente (W85 a W99); Contato com uma fonte de calor ou com substâncias quentes (X10 a X19); Contato com animais e plantas venenosos X20 a X29); Exposição às forças da natureza (X30 a X39); Exposição acidental a outros fatores e aos não especificados (X58 a X59); Efeitos adversos de drogas, medicamentos e substâncias biológicas usadas com finalidade terapêutica (Y40 a Y59).

2. Causas de morte mal definidas

Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (R00 a R99, exceto R95).

ANEXO II

Lista de Óbitos Evitáveis – Fundação SEADE

Esta classificação lista as causas de óbitos segundo as seguintes categorias:

- Evitáveis
 - ✓ Redutíveis por imunoprevenção
 - ✓ Redutíveis por adequado controle na gravidez
 - ✓ Redutíveis por adequada atenção ao parto
 - ✓ Redutíveis por ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoces
 - ✓ Redutíveis através de parcerias com outros setores
- Não evitáveis
- Mal definidas
- Não classificadas

Esta classificação foi elaborada, prioritariamente para óbitos de menores de 1 ano e construídas a partir da Portaria nº 723/GM , de 10 de maio de 2001, publicada no DOU de 14 de maio de 2001, instituindo o Pacto dos Indicadores de Atenção Básica. A portaria baseou-se, para essas definições, em informações da Fundação SEADE

Classificação das causas evitáveis pela CID-10 Capítulo Grupo de causas Códigos CID-10

Redutíveis por imunoprevenção: Capítulo I -Tuberculose; tétano do recém-nascido; outros tipos de tétano; difteria; coqueluche; poliomielite aguda; varicela; sarampo; hepatite aguda B; meningite por *Haemophilus*; síndrome da rubéola congênita . CID-10: A15-A19, A33, A35-A37, A80, B01, B05, B16, G00.0, P35.0

Redutíveis por adequado controle na gravidez: Capítulo I - Sífilis congênita A50, Capítulo XVI - Feto e recém-nascido afetados por afecções maternas, não obrigatoriamente relacionadas com a gravidez atual; feto e recém-nascido afetados por complicações maternas da gravidez; feto e recém-nascido afetados por influências nocivas transmitidas ao feto via placenta ou leite materno; crescimento

fetal retardado e desnutrição fetal; transtornos relacionados com a gestação de curta duração e peso baixo ao nascer, não classificados em outra parte; isomunização Rh do feto e do recém-nascido; isomunização ABO do feto e do recém-nascido. CID – 10: P00-P01, P04-P05, P07, P55.0-P55.1.

Redutíveis por adequada atenção ao parto: Capítulo XVI - Feto e recém-nascido afetados por complicações da placenta, do cordão umbilical e das membranas; feto e recém-nascido afetados por outras complicações do trabalho de parto e do parto; transtornos relacionados com a gestação prolongada e peso elevado ao nascer; traumatismo de parto; hipóxia intra-uterina; asfixia ao nascer. CID-10:P02-P03, P08, P10-P15, P20-P21 .

Redutíveis por ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoces: Capítulo I - Outras doenças bacterianas (exceto tétano do recém-nascido, outros tipos de tétano, difteria, coqueluche e síndrome de Waterhouse-Friderichsen); outras doenças por espiroquetas; outras doenças causadas por clamídias; infecções virais do sistema nervoso central (exceto poliomielite aguda e raiva); infecções virais caracterizadas por lesões da pele e mucosas (exceto varicela e sarampo); micoses. CID-10: A30-A32, A34, A38, A39.0, A39.2-A49, A65-A74, A81, A83-A89, B00, B02-B04,B06-B09, B35-B49.

Classificação das causas evitáveis pela CID-10 : Capítulo III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários (exceto anemia por deficiência de ferro não especificada, anemia por deficiência de folato não especificada, anemia por deficiência de proteínas, anemia escorbútica e alguns transtornos que comprometem o mecanismo imunitário) D50.0-D50.8, D51.0-D52.8, D53.1, D53.8-D53.9, D55-D77. Capítulo IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (exceto desnutrição e outras deficiências nutricionais) E00-E35, E65-E90. Capítulo V- Retardo mental; transtornos globais do desenvolvimento F70-F79, F84. Capítulo VI - Doenças inflamatórias do sistema nervoso central (exceto meningite por *Haemophilus*, meningite em doenças bacterianas classificada em outra parte, meningite em outras doenças infecciosas e parasitárias classificadas em outra parte, encefalite, mielite e encefalomielite em doenças classificadas em outra parte, abscesso e granuloma intracranianos e intraespinais em doenças classificadas em outra parte); ataxia hereditária; transtornos episódicos e paroxísticos; transtornos dos nervos, das raízes e dos plexos nervosos; polineuropatias e outros transtornos do sistema nervoso periférico; doenças da

junção mioneural e dos músculos; paralisia cerebral e outras síndromes paralíticas; outros transtornos do sistema nervoso, G00.1-G00.9, G03-G04, G06, G08-G09, G11, G40-G99. Capítulo VII - Doenças do olho e anexos, H00-H59. Capítulo – VIII Doenças do ouvido e da apófise mastoide, H60-H95. Capítulo IX - Doenças do aparelho circulatório (exceto outros transtornos do aparelho circulatório em doenças classificadas em outra parte), I00-I97, I99. Capítulo X - Doenças do aparelho respiratório (exceto influenza devida a vírus da influenza identificado e influenza devida a vírus não identificado) J00-J06, J12-J99. Capítulo XI - Doenças do aparelho digestivo, K00-K93. Capítulo XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo, L00-L99. Capítulo XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (exceto doença de Kienbock do adulto), M00-M93.0, M93.2-M99. Capítulo XIV - Doenças do aparelho geniturinário, N00-N99. Capítulo XVI - Alguns dos dados colhidos na investigação e a análise final do caso devem ser transcritos para esta ficha, possibilitando a visão do conjunto de casos de morte infantil e fetal para monitoramento e análise geral da situação da mortalidade no município para subsidiar os gestores na implementação das intervenções necessárias. Pode ainda, anexada ao Relatório Municipal, subsidiar as articulações e o aprimoramento das ações de investigação e prevenção dos óbitos, por exemplo, em reuniões da equipe de vigilância e/ou do Comitê com os profissionais de saúde, gestores, Conselhos de Saúde e Comissão Intergestora Bipartite. P23-P29, P35.1-P54.9, P55.8-P61, P70-P83, P93, P96.2. Capítulo XX - Complicações de assistência médica e cirúrgica; sequelas de causas externas de morbidade e de mortalidade; fatores suplementares relacionados com as causas de morbidade e de mortalidade classificados em outra parte. Y40-Y98.

Redutíveis através de parcerias com outros setores: Capítulo I- Doenças infecciosas intestinais; algumas doenças bacterianas zoonóticas; rickettsioses; raiva; febres por arbovírus e febres hemorrágicas virais; doenças pelo vírus da imunodeficiência humana; outras doenças por vírus; doenças devidas a protozoários; helmintíases; pediculose, acariase e outras infestações; sequelas de doenças infecciosas e parasitárias; outras doenças infecciosas A00-A09, A20-A28, A75-A79, A82, A90-A99, B20-B34, B50-B94, B99. Capítulo II- Neoplasias [tumores]. C00-D48. Capítulo III - Anemia por deficiência de ferro não especificada; anemia por deficiência de folato não especificada; anemia por deficiência de proteínas; anemia escorbútica. D50.9, D52.9, D53.0, D53.2. Capítulo IV - Desnutrição e outras

deficiências nutricionais E40-E64. Capítulo – XVII: Malformações congênitas do olho, do ouvido, da face e do pescoço; malformações congênitas do aparelho circulatório; malformações congênitas do nariz; lobo pulmonar supranumerário; seqüestro pulmonar; bronquectasia congênita; tecido ectópico intrapulmonar; malformação congênita não especificada do pulmão; outras malformações congênitas do aparelho circulatório (exceto as não especificadas); fenda labial e fenda palatina; outras malformações congênitas do aparelho digestivo (exceto agenesia, aplasia e hipoplasia do pâncreas, pâncreas anular, cisto pancreático congênito, outras malformações congênitas do pâncreas e do duto pancreático e malformação congênita não especificada do aparelho digestivo); malformações congênitas dos órgãos genitais; malformações congênitas do aparelho urinário; malformações e deformidades congênitas do sistema osteomuscular; outras malformações congênitas (exceto malformações congênitas múltiplas não classificadas em outra parte, outras malformações congênitas especificadas e malformações congênitas não especificadas) Q10-Q30, Q33.1-Q33.2, Q33.4-Q33.5, Q33.9, Q34.0-Q34.8, Q35-Q44, Q45.8, Q50-Q89.4. Capítulo - XIX: Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas (não utilizadas em mortalidade) S00-T98. Capítulo – XX: Acidentes de transporte; outras causas externas de traumatismos acidentais; agressões; eventos cuja intenção é indeterminada; intervenções legais e operações de guerra. V00-X59, X85-Y36.

Não evitáveis: Capítulo – I: Síndrome de Waterhouse-Friderichsen; infecções de transmissão predominantemente sexual (exceto sífilis congênita); hepatite viral (exceto hepatite aguda B) A39.1, A51-A64, B15, B17-B19. Capítulo – III: Alguns transtornos que comprometem o mecanismo imunitário. D80-D89. Capítulo – VI: Atrofias sistêmicas que afetam principalmente o sistema nervoso central (exceto ataxia hereditária); doenças extrapiramidais e transtornos dos movimentos; outras doenças degenerativas do sistema nervoso; doenças desmielinizantes do sistema nervoso central. G10, G12-G37. Capítulo – X: Influenza devida a vírus da influenza identificado; influenza devida a vírus não identificado. J10-J11. Capítulo - XVI: Desconforto respiratório do recém-nascido. P22. Capítulo – XVII: Malformações congênitas do sistema nervoso; malformações congênitas da laringe; malformações congênitas da traquéia e dos brônquios; pulmão cístico congênito; agenesia do pulmão; hipoplasia e displasia do pulmão; outras malformações congênitas do pulmão; malformações congênitas não especificadas

do aparelho respiratório; outras malformações congênitas do aparelho digestivo (exceto as especificadas); malformações congênitas múltiplas não classificadas em outra parte; outras malformações congênitas especificadas; malformações congênitas não especificadas; anomalias cromossômicas não classificadas em outra parte. Q00-Q07, Q31-Q33.0, Q33.3, Q33.6-Q33.8, Q34.9, Q45.0-Q45.3, Q45.9, Q89.7-Q89.9, Q90-Q99. Capítulo – XVIII: Síndrome da morte súbita na infância R95.

Mal definidas: Capítulo – XVI: Outros transtornos originados no período perinatal (exceto reações e intoxicações devidas a drogas administradas ao feto e ao recém-nascido e sintomas de abstinência do uso de drogas terapêutica no recém-nascido) P90-P92, P94-P96.1, P96.3-P96.9. Capítulo – XVIII: Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (exceto síndrome da morte súbita na infância) R00-R94, R96-R99.

Não classificadas: Capítulo – I: Agentes de infecções bacterianas, virais e outros agentes infecciosos. B95-B97. Capítulo – V: Transtornos mentais e comportamentais (exceto retardo mental e transtornos globais do desenvolvimento) F00-F69, F80-F83, F88-F99. Capítulo – VI: Meningite em doença bacteriana classificada em outra parte; meningite em outras doenças infecciosas classificadas em outra parte; encefalite, mielite e encefalomielite em doenças classificadas em outra parte; abscesso e granuloma intracranianos e intraspinais em doenças classificadas em outra parte. G01*, G02*, G05*, G07* . Capítulo – IX: Outros transtornos do aparelho circulatório em doenças classificadas em outra parte. I98*. Capítulo – XIII: Doença de Kienbock do adulto. M93.1. Capítulo – XV: Gravidez, parto e puerpério. O00-O99. Capítulo – XX: Lesões autoprovocadas intencionalmente (não utilizados em mortalidade) Z00-Z99.

ANEXO III

Classificação dos óbitos perinatais segundo Wigglesworth modificada

A classificação de Wigglesworth, (Wigglesworth, 1980; Keeling et al, 1989) é utilizada em diversos países do mundo para análise do óbito perinatal (fetais e neonatais precoces). Aponta os principais grupos de causas de óbito perinatal, considerando o peso ao nascer e a relação com as circunstâncias do óbito e o momento da assistência à saúde. Utiliza informações clínicas que podem ser obtidas por meio da análise de prontuários, selecionando os aspectos passíveis de intervenção pelos serviços. Essa classificação pode ser aplicada, também, para os óbitos infantis por causas perinatais; não contempla os óbitos infantis por outras causas. Os grupos de causas são excludentes, ou seja, cada caso deve ser categorizado em apenas um grupo de causas.

Grupo de causas:

- 1) Anteparto:** morte fetal que ocorre antes do trabalho de parto. Taxas elevadas: falhas na atenção pré-natal e condições maternas adversas.
- 2) Malformação congênita** Taxas elevadas: falhas no diagnóstico / terapia na gravidez (lesões potencialmente tratáveis).
- 3) Imaturidade:** nascidos vivos com menor que 37 semanas de gestação, sem hipóxia /anóxia; todos os nascidos vivos com peso ao nascer menor que 1000 gramas. Taxas elevadas: falhas no manejo obstétrico e pré-natal /neonatal
- 4) Asfixia:** perda fetal intraparto; óbito fetal sem maceração; “fresh stillbirth”, ou seja, natimorto recente (menos que 12 horas); óbitos neonatais por hipóxia, exceto peso ao nascer menor que 1000g. Taxas elevadas: falhas no manejo obstétrico e/ou reanimação neonatal.
- 5) Causas específicas:** óbitos por infecções específicas (TORSCH), causas típicas de prematuridade em recém nascidos, outros. Taxas elevadas: falhas na assistência pré-natal e assistência ao RN.